Health Canada Santé Canada

The Consequences of Child Maltreatment:

A Reference Guide for Health Practitioners

Canada

101-00835/

The Consequences of Child Maltreatment:

A Reference Guide for Health Practitioners

Our mission is to help the people of Canada
maintain and improve their health.

Health Canada

The Consequences of Child Maltreatment:
A Reference Guide for Health Practitioners was prepared
by Jeff Latimer for the
Family Violence Prevention Unit, Health Canada.

Également en français sous le titre
Les conséquences de la violence faite aux enfants :
Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé

The opinions expressed in this report
are those of the author and do not necessarily
reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for
commercial purposes, but any other reproduction,
with acknowledgements, is encouraged.

This publication may be provided
in alternate formats upon request.

For further information on family violence issues,
please contact:

The National Clearinghouse on Family Violence
Family Violence Prevention Unit
Health Issues Division
Health Promotion and Programs Branch
Health Canada
Address Locator: 1907D1
7th Floor, Jeanne Mance Bldg., Tunney's Pasture
Ottawa, Ontario K1A 1B4 CANADA
Telephone: 1-800-267-1291 or (613) 957-2938
Fax: (613) 941-8930
Fax Link: 1-888-267-1233 or (613) 941-7285
TTY: 1-800-561-5643 or (613) 952-6396
Internet Homepage: http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 1998
Cat. H72-21/156-1998E
ISBN 0-662-26602-1

Acknowledgements from the Author

The author gratefully acknowledges the direction and expertise of the Family Violence Prevention Unit, Health Canada and, in particular, the vision of David Allen. In addition, special acknowledgement is due to the following reviewers who volunteered their expertise and valuable time to help create a more accurate and useful booklet.

David Allen
Family Violence Prevention Unit
Health Canada

Joan Simpson
Policy Development
Coordination Division
Health Canada

Natacha Joubert
Mental Health Promotion Unit
Health Canada

Roy Hanes
School of Social Work
Carleton University

Sharon Nield
Canadian Nurses Association

Naomi I. Rae Grant
Canadian Psychiatric Association

David Randall
Canadian Mental Health Association

Danièle Fréchette
Psycho-sociologist specializing in conjugal violence, parent-child relationships and family crisis intervention

Liette Lalonde
Family Violence Prevention Unit
Health Canada

Gordon Phaneuf
Child Maltreatment Division
Health Canada

Carol Cumming-Speirs
School of Social Work
McGill University

Joan Durrant
Department of Family Studies
University of Manitoba

Cathy Younger-Lewis
Canadian Medical Association

Anne Mason
Vanier Institute of the Family

Maureen Kraemer
Canadian Association of Social Workers

John Service
Canadian Psychological Association

Table of Contents

Introduction 5

An Overview of Child Maltreatment 6
- Defining Maltreatment 6
- The Extent of the Problem 8
- Factors Influencing Maltreatment 10

Consequences of Child Maltreatment 12
- Psychological Consequences 13
- Physical Consequences 14
- Behavioural Consequences 14
- Academic Consequences 15
- Sexual Consequences 16
- Interpersonal Consequences 16
- Self-perceptual Consequences 17
- Spiritual Consequences 17
- Subsequent Violence 17
- Generalized Consequences 18
- Factors Influencing the Consequences of Maltreatment 19

Reporting Issues for Health Practitioners 21
- The Reporting Process 21
- Common Questions about Reporting 22
- Why Practitioners Sometimes Do Not Report 23
- Reporting Tendencies and Biases 24
- Some Common Signs of Maltreatment 26

Conclusion 27

Notes 28

Bibliography 31

Appendix A: Additional Resources 37

Introduction

- **In recent years, increasing attention has been given to the issue of child abuse and neglect.**

  Studies indicate that every day a significant number of children are exposed to serious maltreatment and neglect leading to physical and psychological injury and serious long-term consequences. Researchers are continuously examining the wide range of potential consequences of child abuse and neglect. Mounting evidence suggests that, in addition to the immediate negative effects on children, maltreatment is associated with a host of problems manifested in adolescence and adulthood.

- **The role of the health practitioner in the protection of children is critical.**

  In their capacity as "front-line workers", health practitioners often come into contact with children and families experiencing violence. Often, the only known signs of abuse and neglect are detectable by health practitioners. Fortunately, they can intervene effectively to diminish many of the potential adverse consequences of child maltreatment. By reporting substantiated, alleged, and even suspected cases of child maltreatment to child welfare authorities, health practitioners offer abused children the chance to live violence-free and to address their victimization. Tremendous progress has been made by the health community to advance the welfare of children, and there is still more work to be done.

- **This booklet is designed to offer health practitioners essential and up-to-date information on child maltreatment.**

  The first section of this booklet provides a general overview of child maltreatment. Definitions, the extent of the problem and factors influencing maltreatment are all examined. The second section outlines the possible consequences of child maltreatment. Information is drawn from research into both short- and long-term consequences. The third section discusses the issue of reporting child maltreatment for health practitioners. Some commonly asked questions are answered, reporting tendencies and biases are addressed, and some common signs of maltreatment are highlighted.

An Overview of Child Maltreatment

- In British Columbia, five-year-old Matthew John Vaudreuil was found dead with 11 fractured ribs, a fractured arm and bruises all over his body. He was tortured and deprived of food before he was murdered by his mother. Prior to his death, 24 different physicians attended to Matthew on 75 separate occasions – often for serious physical injuries.
- In Ontario, Sara Podniewicz, an infant of six months, was beaten to death by her mother and father. Three weeks earlier, she had received medical care for an arm broken under suspicious circumstances.
- In New Brunswick, three-year-old John Ryan Turner died, a victim of severe parental emotional abuse, physical abuse and neglect after being seen by numerous professionals.

Yes, these cases do represent the extreme end of the child abuse spectrum. They are nonetheless very real. They illustrate the pain and suffering of real Canadian children. In 1996 alone there were 47 children murdered by their parents in Canada; 34 (72%) of these victims were under the age of six.[1]

Child abuse and neglect is a complex and pervasive issue with devastating consequences.

While most child abuse victims are not murdered, they do live with ongoing violence, indifference and a lack of attention to their basic needs. In 1996, there were approximately six million children under the age of 15 in Canada.[2] If only 5% of these children were abused or neglected (a very modest estimate), there would have been 300,000 victims of child maltreatment that year alone – all under the age of 15.

Defining Maltreatment*

It is difficult to develop a universal definition of child abuse and neglect. What some people view as abusive, others see as normal and acceptable parenting. Most professionals in child protection, however, do share a common understanding of what constitutes child abuse. It is the mistreatment of a

* Please note that the legal definition of child maltreatment varies among Canadian jurisdictions. It is imperative that you refer to the applicable legislation in your own province or territory.

child or a disregard for the developmental needs of a child by a parent, guardian or caregiver resulting in injury, emotional/psychological harm or the potential for such harm. For simplicity, the term *child maltreatment* will be used throughout this booklet to represent all forms of child abuse and neglect.

- ***Physical abuse*** refers to the beating or battering of a child and includes poisoning, burning, hitting, kicking, biting, shaking, throwing, choking or any other harmful force or restraint. Physically abusive behaviour is often justified in the name of discipline. Research suggests, however, that physical discipline is not an effective method of positively influencing children's behaviour.[3] Furthermore, the use of physical force as a means of discipline has the potential to escalate into much more violent beatings.[4]
- ***Sexual abuse*** refers to the use of a child for the sexual gratification of an older adolescent or adult and involves the exposure of a child to sexual contact, activity or behaviour. It may also include invitation to sexual touching, intercourse or other forms of exploitation such as pornography or child prostitution. Note that sexual abuse can occur between children. The key to defining an act as abusive is the difference in age and power between the victim and the offender.
- ***Neglect*** can be described as a failure to provide the physical and/or psychological necessities of life to a child. It is often difficult to define and detect. Examples of neglect include not providing appropriate food, clothing and/or shelter for a child, consistently ignoring his or her concerns and needs, or not providing developmentally appropriate levels of supervision. Neglect may have more devastating effects on children than other forms of maltreatment because it often remains undetected and is an ongoing pattern of parenting.[5]
- ***Emotional abuse*** is commonly defined as acts of commission and omission which are judged on a basis of community standards and professional expertise to be potentially damaging psychologically. Similar to neglect, emotional abuse is also difficult to define and detect. Emotional abuse does

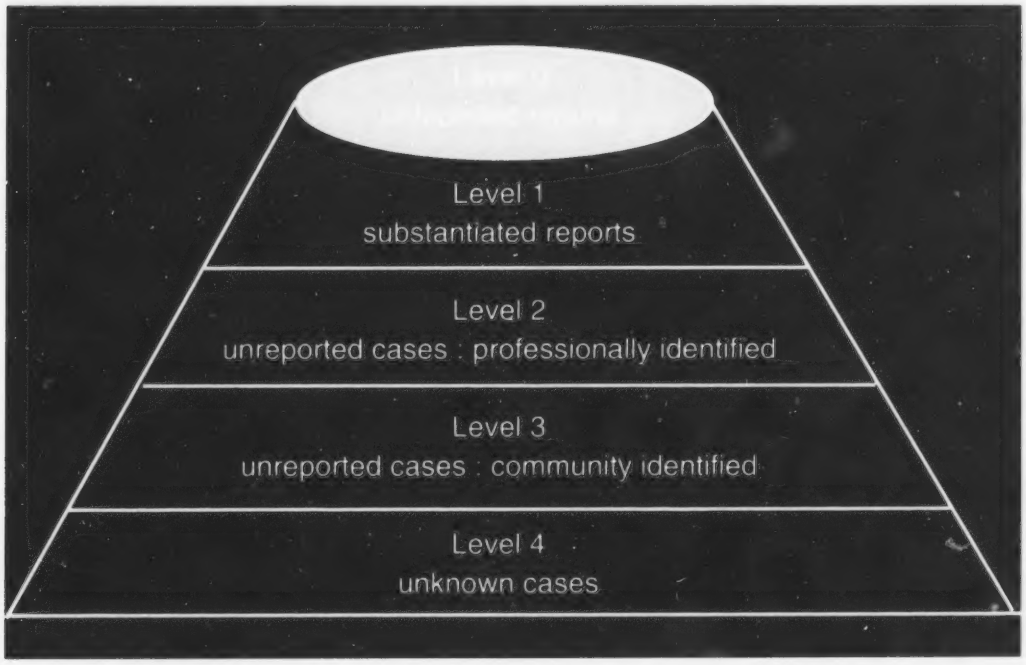
not occur in a single episode but rather is a form of repeated and sustained "mental violence". Such behaviours as rejecting, degrading, terrorizing, isolating, corrupting/exploiting and withholding positive emotional responses are considered forms of emotional abuse.

- ***Witnessing family violence*** involves exposing children directly or indirectly to violence within their family. Children may be physically present and observe the violence or they may be in another room and able to hear the violence. Children may not see or hear anything but notice the aftermath, such as smashed furniture or bruises on the victim. The majority of children who witness family violence view the assault of one of their parents, most often their mother. Children might also witness assaults of a sibling or another family member.

The Extent of the Problem

It is difficult to know how widespread child maltreatment is in Canada. Many professionals agree that child maltreatment is vastly under-reported.[6] To demonstrate, the *Iceberg Model* (Figure 1) illustrates the five possible levels of child maltreatment identification.

Figure 1. Iceberg Model: Child Maltreatment Identification



Source: Trocmé, McPhee, Tam & Hay, 1994.

The Iceberg Model is useful in understanding the difficulties in obtaining accurate child maltreatment incidence rates – a large proportion of cases remains either unreported or unknown to child welfare authorities. Even if we were to examine only substantiated cases within *Level 1*, accurate national data are still unreliable. Definitions of maltreatment, the age of the clientele, and the method of data collection and reporting vary among provincial and territorial child welfare authorities in Canada.

However, as a first step, Health Canada is supporting a national incidence study of child maltreatment. The study, entitled the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS), will contribute to a better understanding of the extent and dynamics of child maltreatment. Operational definitions and data collection methods will be standardized in cooperation with provincial and territorial authorities. The study will generate information and knowledge to assist those who provide services to children and youth at risk of maltreatment. Researchers and practitioners have previously attempted to determine prevalence and incidence rates of child maltreatment.

Major Canadian Findings on the Extent of Child Maltreatment

- Child maltreatment or other symptoms of serious family problems affect an estimated 20% to 40% of all Canadian families.[7]
- On any given day, there are 45,000 to 60,000 young people in the care of child welfare authorities in Canada.[8]
- Recent studies predict that 1,200 new cases of physical abuse per one million population will arise each year.[9]
- The fatality rate from physical abuse is estimated to be between 4% and 6% and as high as 10% if an injured child is placed back in the family home a second time.[10]
- Data in 1991 from a sample of 16 police forces across Canada revealed 1,154 cases of child sexual abuse involving single victims and single abusers.[11]
- One in two females and one in three males in Canada have been victims of unwanted sexual acts, including being subjected to sexual exposure, being sexually threatened, being sexually touched, or being the victim of an attempted or completed sexual assault; 80% of these incidents occurred when the person was under 18.[12]
- Despite parents' intent to shield children, nearly all incidents of family violence are seen or heard by children; approximately 70% of children also try to intervene in the violence.[13]
- A survey of Canadian street youth found that 43% had been physically abused and 21% had been sexually abused.[14]

- A study of teenage runaways found that 75% of females and 38% of males reported that they were victims of child maltreatment.[15]
- In 1993, an Ontario study found there were an estimated 46,683 child maltreatment investigations undertaken. Of this total, 41% were alleged to have involved physical abuse; 25% sexual abuse; 30% neglect; 10% emotional abuse and 2% other.* Following these investigations 27% were substantiated, 30% remained suspected and 42% were unfounded.[16]

Factors Influencing Maltreatment

Child maltreatment is an extremely complex social problem. Many theories have proposed explanations for its occurrence. A simplified model is depicted in Figure 2. Maltreatment can be reduced to the interaction among four broad factors: the parent or caregiver, the child, the situation and the level of support. Each factor can serve to increase or decrease the likelihood that abuse will occur.

Figure 2. Child Maltreatment Equation

Maltreatment occurs within all family types and all segments of the population regardless of differences in religion, ethnicity, race, class or gender. However, children living in economic disadvantage are at a much higher risk for maltreatment than more privileged children.[17] Poverty and unemployment, it appears, can create excessive stress on families and a climate for

* Total is more than 100% because of an overlap among multiple forms of maltreatment.

abuse and neglect. Impoverished families are less able to access support services during times of need. As well, families living in poverty often become involved with social service agencies for financial support and are therefore more likely to be reported to child welfare authorities. Moreover, some research indicates that potential reporters, such as hospital staff, display bias in their reporting behaviour and are more likely to report cases of suspected maltreatment in families of other racial groups or low income.[18]

It is generally agreed that the major factors which increase the probability of maltreatment occurring in a child's life are the following[19]:

Parent/Caregiver

- history of childhood maltreatment
- alcohol and/or drug addiction
- mental illness
- limited education/parenting skills

Child

- living with a disability
- serious behavioural problems

Situation

- low socioeconomic status
- unemployment
- high-risk communities
- single-parent family

Level of Support

- lack of community support
- social isolation

Consequences of Child Maltreatment*

There is a tendency for people to view the effects of maltreatment as less serious if the impact appears to be temporary and disappears in the course of a child's development. But Browne and Finklehor (1986) make a strong argument against this perception of maltreatment.

> *Adult traumas such as rape are not assessed ultimately in terms of whether or not they will have an impact on old age. They are acknowledged to be painful and alarming events whether their impact lasts for one year or ten. Similarly, childhood trauma should not be dismissed because no long-term effects can be demonstrated... abuse needs to be recognized as a serious problem of childhood* ***if only for the immediate pain, confusion and upset that can ensue*** *(emphasis added; p. 22).*

Child maltreatment is not, however, a short-term crisis in a child's life. Although children are removed from violent homes or leave home to live on their own, the effects of experiencing abuse in their childhood follow them through life. Child maltreatment can affect all aspects of a child's life, including the following:

- Psychological
- Physical
- Behavioural
- Academic
- Sexual
- Interpersonal
- Self-perceptual
- Spiritual
- Subsequent Violence

* For simplicity, the consequences of physical, sexual and emotional abuse, neglect and witnessing family violence will be presented together as one category.

Psychological Consequences

Child maltreatment may permanently alter the psychological well-being of a child. Following maltreatment, children are known to display the following problems:

- extreme and repetitive nightmares[20]
- anxiety[21]
- unusually high levels of anger and aggression[22]
- feelings of guilt and shame – for sexually abused victims this can be quite severe, especially if the victim experienced some degree of pleasure during part of the abuse[23]
- sudden phobias, such as a fear of darkness or water[24]
- psychosomatic complaints, including stomach aches, headaches, hypochondriasis, faecal soiling, bed wetting and excessive blinking[25]
- general fearfulness and a specific fear of others of the same gender as the abuser[26]
- depressive symptoms, long bouts of sadness, social withdrawal[27]
- self-reported social isolation and feelings of stigmatization.[28]

After continued exposure to maltreatment, children may develop further psychological complications:

- significant increase in rates of psychiatric disorders[29]
- dissociation, intrusive thoughts, suicidal ideation and more acute phobias[30]
- more serious levels of anxiety, fear, depression, loneliness, anger, hostility and guilt[31]
- distorted cognition, such as chronic perceptions of danger and confusion, illogical thinking, inaccurate images of the world, shattered assumptions about the world and difficulty determining what is real[32]
- decreased effectiveness in comprehending complex roles[33]
- difficulty in thinking through or resolving social problems.[34]

Despite the growing interest in the effects of child maltreatment, few studies have examined the long-term psychological consequences in the general population. However, it is known that adolescents and adults with a history of maltreatment are over-represented in the prison population and that they tend to display more psychiatric problems in adulthood, such as *Post Traumatic Stress Disorder* and *Major Depression*.[35] Additionally, such specific psychiatric disorders as *Multiple Personality Disorder* and *Borderline Personality Disorder* have been linked to child maltreatment.[36]

Physical Consequences

In addition to the obvious physical injuries, such as broken bones, bruises and scarring, maltreatment is also related to several additional physical complications for children, including the following:

- children who have suffered serious and chronic neglect are more likely to be smaller and lighter than non-maltreated children, which has been shown to affect long-term health[37]
- children who are physically abused (or shaken in the case of very young children) may suffer permanent neurological damage, dramatically affecting their future development[38]
- weight problems – often emerging as eating disorders[39]
- serious sleep disturbances and bouts of dizziness when awake[40]
- other stress-related symptoms, such as gastrointestinal problems, migraine headaches, difficulty breathing, hypertension, aches, pains and rashes which defy diagnosis and/or treatment[41]
- poor overall health.[42]

Behavioural Consequences

Maltreated children are known to display the following behavioural problems:

- developmental delays[43]
- clinging behaviour, extreme shyness and fear of strangers[44]
- troubled socialization with peers – constant fighting or socially undesirable behaviours, such as bullying, teasing or not sharing[45]
- poor school adjustment and disruptive classroom behaviour.[46]

There is a growing understanding among researchers that child maltreatment is associated with a host of behavioural problems that manifest themselves in adolescence:

- school-age pregnancy[47]
- self-destructive behaviours such as self-mutilation or burning[48]
- truancy and running away behaviour[49]
- delinquency and prostitution[50]
- early use of drugs/alcohol and substance abuse/dependence[51]

- eating disorders, such as anorexia, bulimia or obesity – primarily among female victims[52]
- suicide and suicide attempts.[53]

Evidence suggests that many of these problems continue into adulthood and become ingrained patterns of behaviour. It is believed that in order to deal with the trauma of being abused and neglected, children and youth develop such behaviours as coping strategies. And although these behaviours eventually become self-destructive, they are often extremely difficult to abandon. Additional behavioural difficulties may continue into adulthood:

- increased aggression and violence[54]
- homelessness[55]
- criminal offending – crimes which are sexual in nature are often associated with sexual abuse while violent crimes are more often linked to physical abuse[56]
- chronic substance abuse/dependence.[57]

Academic Consequences

One of the most destructive consequences of child maltreatment may be the detrimental effect on a child's school performance. Over and over again, research indicates that maltreated children demonstrate reduced intellectual functioning and perform very poorly in school. And poor school performance can have serious long-term consequences. Academic failure has been associated with antisocial behaviour and quitting school. These behaviours in turn increase the risk of long-term decreased productivity, long-term economic dependence and generally lower levels of satisfaction with life as adults.[58] Maltreated children may display the following:

- lower overall school performance test scores and lower language, reading and math scores[59]
- grade repetitions, disciplinary referrals and a high number of suspensions[60]
- working and learning at below average levels (as reported by teachers)[61]
- weaker orientation to future vocational and educational goals compared to non-maltreated children.[62]

It is understandable that maltreated children will perform poorly in school. Not only do they face the obvious complications associated with a violent home life, but neglectful and abusive parents are less likely to provide an intellectually stimulating environment for the child, read to the child, supervise homework and generally become involved in their child's academic life.

Sexual Consequences

In general, maltreatment adversely affects a child's concept of sexuality, reduces his or her ability to set appropriate boundaries and often instills a fear or negative perception of sex. While the majority of sexual consequences are the result of sexual abuse, other forms of maltreatment can also be sexually destructive. For example, a neglected child may seek sexual intimacy very early in life in order to fulfil an unmet need for parental intimacy. This creates a risk for teenage pregnancy or sexually transmitted diseases. The following are the major sexual consequences of maltreatment reported in the literature:

- engaging in open or excessive masturbation, excessive sexual curiosity and frequent exposure of the genitals[63]
- simulated sexual acts with siblings and friends, inappropriate sexual behaviour such as breast or genital grabbing[64]
- premature sexual knowledge, sexualized kissing in friendships and with parents.[65]

In adolescence and adulthood, maltreated children continue to display sexually maladaptive behaviour:

- orgasmic disorders and painful intercourse[66]
- promiscuity[67]
- dissatisfaction with sex and negative attitudes about sex.[68]

These problems are often the result of introducing a sexual component into a parent-child relationship which affected the child's sense of sexuality and intimacy. In essence, a child who has suffered sexual abuse can, as a result, have difficulty distinguishing between a sexual and a non-sexual relationship and therefore introduce a sexual element into all relationships.

Interpersonal Consequences

Child maltreatment can interfere with a person's ability to develop meaningful and appropriate relationships from childhood through to adulthood. Abused and neglected children are consistently rated by their peers as demonstrating socially undesirable behaviour.[69] Children displaying multiple psychological and behavioural problems often have a difficult time both developing and maintaining healthy relationships. Victimization reduces social competence and limits empathic ability, both of which are necessary to establish satisfying relationships with others. Maltreated children have been known to display the following interpersonal problems:

- insecure attachments to parents and caregivers[70]

- a loss of close friends[71]
- difficulty in trusting others[72]
- relationship problems, such as overly sexualized or overly conflicted relationships[73]
- chronic dissatisfaction with adult relationships and fear of intimacy.[74]

Self-perceptual Consequences

Parental abuse undoubtedly affects the self-esteem of a child. A lack of interest in a child or a violent attack on a child, for example, will likely lead the child to develop a sense of unworthiness. Maltreatment has been associated with distorted or extremely negative self-images starting in childhood and continuing throughout one's life. Maltreated children typically view themselves as bad, worthless or unlovable and may develop the following problems:

- extremely low levels of self-esteem[75]
- feelings of being "out of control"[76]
- inaccurate body images which often lead to eating disorders[77]
- overwhelming sense of guilt or self-blame for the abuse[78]
- impairment of a cohesive sense of identity[79]
- self-disgust, self-denigration, self-hatred.[80]

Spiritual Consequences

Often, children who have been abused and neglected report having lost their sense of faith, not just a religious belief in a divine being, but also their faith in themselves, other people and the world around them. It is common for maltreated children to display what some authors have called a *shattered soul* or *soul pain*.[81] Moreover, adults who have experienced maltreatment display less interest and participation in organized religion. Systematic battering, sexual abuse, emotional attacks or the long-term neglect of a child is likely to destroy his or her spirit or enthusiasm for life. While often overlooked in the literature, the shattered soul may prove to be an extremely significant long-term consequence of child maltreatment.

Subsequent Violence

Victims of child maltreatment often become further victimized as adolescents and adults and/or become violent themselves toward their own children and in intimate relationships. According to studies on the intergenerational

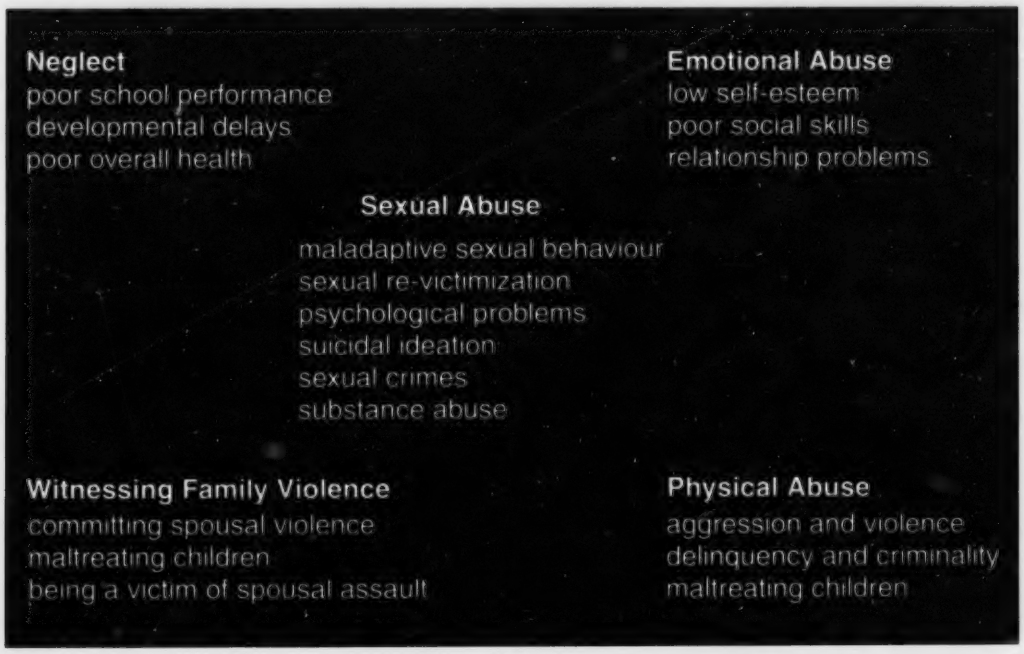
transmission of child maltreatment, one third of all victims grow up to continue a pattern of seriously inept, neglectful or abusive child rearing as parents; one third do not; and one-third remain vulnerable to the effects of child maltreatment depending upon social stressors in their life.[82] Adults and adolescents who report a history of child maltreatment may demonstrate the following:

- maltreatment of their own children[83]
- a history of being a victim of a violent assault by a non-family member during adolescence[84]
- perpetrating dating violence in adolescence and/or spousal violence in adulthood[85]
- becoming a victim of an assaultive partner (most often a male abuser) and/or the victim of additional sexual assaults.[86]

Generalized Consequences

While the consequences of maltreatment were discussed collectively, one can generalize a link between certain consequences and specific forms of maltreatment (Figure 3). It can also be generalized that females tend to display more inward consequences, such as suicidal ideation, eating disorders, low self-esteem and psychological disorders, while males tend to display more outward consequences, such as increased aggression, delinquency and spousal abuse.

Figure 3. Generalized Consequences and Forms of Maltreatment



Factors Influencing the Consequences of Maltreatment

It has been suggested that the severity of the consequences a child experiences as a result of maltreatment are related, in part, to the following factors:

- the length of the abuse
- the severity of the abuse
- the relationship of the abuser to the victim.

Therefore, long-term severe abuse perpetrated by a parent tends to produce more detrimental effects than shorter-term, less severe abuse by a stranger. But, this is not always the case. Studies have found high rates of emotional and behavioural problems in abused children when the abuse was characterized as "not serious enough" to warrant intervention by child welfare authorities.[87] While maltreatment may be less severe, it is often endured over a long period of time. The chronic and pervasive nature of this form of abuse may impact a child's development far more than the immediate visible harm. This would suggest that families experiencing less severe maltreatment still require intervention.

Child maltreatment, regardless of the severity, can pose serious risks to the immediate and long-term physical, psychological and spiritual health of children. Indeed, in some instances, it can be life-threatening.

Family and Social Context

It is also often argued that the consequences of maltreatment are related more to the family and social context in which a child grows up than to the abuse itself. For example, research shows that a large proportion of maltreated children live in families experiencing poverty. It is thought that the poverty, rather than the maltreatment, is more of a factor in the development of an abused child's problems. However, when controlling for such variables as maternal age, socioeconomic status and family type, a significant relationship still exists between maltreatment and serious consequences, such as aggression, school maladjustment, attempted suicide, substance abuse and delinquency.[88]

Resiliency

The potential consequences of child maltreatment are often overwhelming. It is remarkable that so many children are able to "recover" from chronic child abuse and neglect and maintain functional lives. This notion of child resiliency, whereby children from disturbed or violent homes sometimes rise above adversity and develop effective coping skills and strategies, is often considered in the literature.[89] Introducing the term "resiliency" is not intended to minimize the suffering of children, nor justify criticism of those who are not as resilient. However, the concept can have those unfortunate effects. Furthermore, as Browne and Finklehor (1986) argue, viewing the abuse of a child in terms of future consequences can lead us to ignore the immediate pain and trauma a child experiences during the abuse. And while children may appear to be resilient, it is impossible to know the full potential of a child. Their lives may appear to be functional, but we do not see what has been lost to the abuse. We often miss the hidden effects – the silent emotional pain, the terror-filled nightmares or the sudden overwhelming fear of darkness.

What remains clear is that the effects
of child maltreatment
can last a lifetime and greatly diminish a child's
chances for optimum achievement in life.

Reporting Issues for Health Practitioners

While the issue of reporting is addressed in this booklet, it is also important to consult the applicable child welfare legislation within your province or territory.

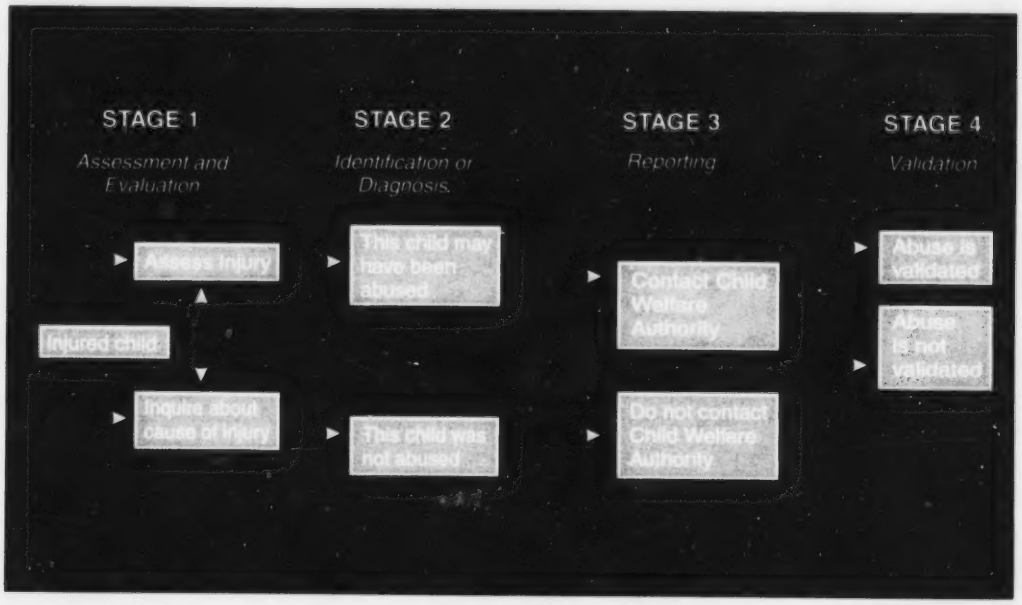
It is required by law in all provinces and territories* in Canada that all persons must report suspected or substantiated cases of child maltreatment to a child welfare authority. It is a *criminal offence for a professional* not to report.

*In the Yukon, it is not an offence to fail to report but those who report in good faith are entitled to civil immunity.

The Reporting Process

To report child maltreatment in Canada, one does not need to be able to substantiate that abuse has occurred. A professional needs only to **suspect** maltreatment; it is the role of the child welfare authority to investigate and substantiate all reports. The process of reporting maltreatment (Figure 4) is the same within all jurisdictions in Canada.

Figure 4. Multi-Step Process of Identification and Reporting of Child Maltreatment



In *Stage 1*, the health practitioner must assess and evaluate the injury, which does not need to be physical in nature; it may be psychological or emotional. The practitioner is required in *Stage 2* to identify or diagnose whether maltreatment may have occurred. If maltreatment definitely did not occur, then the practitioner does not inform the child welfare authorities, but if there remains any doubt, *Stage 3* requires that a child welfare authority be contacted. In *Stage 4*, the appropriate authority will investigate and determine if maltreatment has occurred.

Common Questions about Reporting

- ***If I report, am I violating the ethics of confidentiality?***

  Reporting child abuse almost always requires breaking confidentiality. However, the duty to report takes precedence over the duty to maintain confidentiality. Remember, it is a criminal offence not to report (except in Yukon).

- ***As a health practitioner, can I make an anonymous report of child maltreatment?***

  Yes, you can make an anonymous report of child maltreatment to the child welfare authority in your province or territory. However, the preferred mode of proceeding for most organizations and practitioners is to inform clients, before reporting, that a report will be made and then divulge your identity to the child welfare authorities. It is, however, your choice.

- ***Will the family be told who reported the maltreatment?***

  No. If you make a report and you decide to include your name and position, you can request that the information remain strictly confidential and never be released to the family. But again, many practitioners and organizations believe in being honest and upfront with their clients.

- ***Will I have to go to court once I make a report?***

  Although you may have offered your identity during a report of maltreatment, it is extremely unlikely that you would be called in to court. Doctors and other health practitioners have given testimony in court about the nature and extent of child maltreatment injuries. But usually they have agreed to testify as a medical expert and not as the individual who has made the report.

Why Practitioners Sometimes Do Not Report

In a survey of general physicians across Canada, 90% of the respondents considered their role to be essential or important in the protection of children – yet only half of these physicians had any training regarding the complexities of child maltreatment.[90] Despite mandatory reporting laws and the importance of early identification in initiating treatment, investigations of reporting behaviour reveal that a large proportion of child maltreatment cases remain unreported.[91]

The following are some of the major reasons professionals cite to explain their lack of reporting and responses to these concerns:

- ***Lack of sufficient evidence*** – It is not required that the health practitioner be certain that a child is the victim of maltreatment; one needs only to suspect maltreatment. To delay reporting may put a child (and other children) at further risk. It also places the professional at risk of sanctions. There is no liability for making a report as long as it is not made maliciously.
- ***Belief that the child or family will be harmed more than helped*** – While not reporting may sometimes appear to be in the best interests of a child, it is not. Yes, it does disrupt the family and it may often be rather difficult for a child to deal with such disruptions, but early detection and intervention may prove to dramatically reduce a child's risk of severely negative long-term consequences.
- ***Belief that reporting constitutes an intrusion into the private family domain*** – For years this argument was also used to justify the lack of intervention in spousal assault. While it is true that the primary responsibility for childrearing is and will remain that of the family, parents often need support from the community. The raising of competent and healthy children is a collective responsibility. The state needs to intervene on behalf of children in order to offer support to parents and, in some cases, remove children from their homes temporarily or, in the most serious cases, permanently.
- ***Perception of reporting as limiting the degree to which a practitioner can exercise professional judgement when facing suspected maltreatment*** – This is true; mandatory reporting laws do limit professional discretion. Nonetheless, most health professionals are not as well trained in maltreatment issues as are child welfare workers. In keeping with the best interests of the child, practitioners should work in cooperation with those specifically trained in such issues to facilitate appropriate investigations and interventions.

- ***Belief that reporting will negatively affect the therapeutic relationship between a practitioner and his or her patient*** – Notwithstanding the legal and moral issues of failing to report maltreatment, research has shown that this is not the case. The establishment of a strong therapeutic alliance prior to making a report appears to be predictive of a better post-report outcome.[92] Therefore, a previously strong connection between a practitioner and a patient will frequently remain intact regardless of whether a report of maltreatment is made.

The immediate pain, confusion and suffering of a maltreated child is more than sufficient to justify reporting – the possible consequences of maltreatment demand it.

Reporting suspected or confirmed cases of child maltreatment is not a decision to be taken lightly. Serious changes to the family and to the life of the maltreated child quite often occur. However, it has been demonstrated that maltreated children who have identified their abuse tend to adjust and become more functional than maltreated children who have not identified their abuse. In a study of adults, three subject groups were chosen:

Group A were maltreated as children and had identified their abuse.

Group B did not experience maltreatment as children.

Group C were maltreated as children but had not identified their abuse.

When the three groups were compared, it was found that Group B (non-abused) were the highest functioning, followed by Group A (abused and identified), while Group C (abused and not identified) demonstrated the lowest level of functioning. It appears that those who deny or minimize their abuse as a coping mechanism may experience even more detrimental personal and social adjustment problems.[93]

Reporting Tendencies and Biases

Research has been conducted into some of the variables that affect a person's decision to report child maltreatment to the authorities.

- ***People are less likely to report maltreatment if the abuse is seen as partially caused by a child's misbehaviour.***[94] Subjects in one study were given two sets of vignettes and asked to rate the seriousness of each incident. In the first vignette, a young boy was beaten because he left his bike in the driveway. The parent drove over the bike and then hit the child in the

face, knocking him down and splitting his lip. In the second vignette, a trash can was left in the driveway by an unknown individual and the parent responded in the same way. Consistently, the second vignette was rated as much more abusive and serious than the first. However, regardless of the rationalization for physical abuse, it is never warranted. This bias should not influence a practitioner's decision to report a case of maltreatment.

- ***Reporting behaviour is related to the age and gender of both the abuser and the victim.*** One research study found that cases of physical abuse and neglect involving younger children and younger parents were more likely to be reported by hospitals than cases involving older children.[95] In another series of vignettes, subjects rated the abuse of a boy as more severe than identical vignettes involving a girl.[96] In the same study, vignettes involving physical abuse by fathers were rated as significantly more abusive than those involving abuse by mothers.
- ***Ethnicity and socioeconomic status have been found to affect reporting behaviour.*** Examinations of hospital reporting indicate that families of other racial origin and lower income families have a higher probability of being reported for abuse than Canadian-born families and families with incomes over $25,000.[97]

In addition, specific characteristics of a practitioner can affect reporting behaviour, such as the following:

- gender
- views on child discipline
- parental status
- personal history of maltreatment
- place of employment.[98]

To counter these prejudices, health practitioners must attempt to identify their own personal biases. As well, imagining a difference in the presenting situation, such as changing the age, gender or socioeconomic background of the victim, in order to re-examine the case, may prove helpful.

Regardless of a child's background or behaviour, child maltreatment is never justified.

Some Common Signs of Maltreatment

Common signs that may help health practitioners detect that an incident of child maltreatment has occurred have been identified:

- a parent or caregiver attributing an injury or accident to a child's sibling
- a delay in bringing a child in for medical attention
- explanations for injuries that do not match the developmental capabilities of the child
- injuries that are clearly older than claimed
- lack of explanation for an injury
- inconsistency between the severity of the injury and the explanation offered
- injuries in uncommon areas of the body for children
- extreme diaper rash and/or scars from old sores
- bald spot on the back of an infant's head.

Conclusion

While research does link maltreatment with a myriad of detrimental outcomes for children, longitudinal research is still needed to truly improve our understanding. There is a clear absence of data that outlines development from infancy to adulthood in maltreated children. While maltreatment needs to be understood as an extremely serious social problem simply for the immediate impact it has on children, findings of longitudinal research will be important in improving the identification and treatment of maltreatment victims.

Children who have been maltreated tend to fare much worse in life than those who have not. It is that simple. Exposing a child to maltreatment will greatly reduce his or her chances of becoming a healthy, competent and happy individual. In order for children to achieve developmental milestones, they need to develop countless skills and aptitudes, such as the following:

- the capacity for trust and empathy with others
- the capacity for impulse control
- the ability to focus attention
- an internalized sense of values
- the ability to control aggression
- the ability to accept reasonable adult authority
- a sense of membership in society and an identification with its value system
- a sense of hope and confidence about the future.[99]

Child maltreatment makes the attainment of these attributes extremely difficult, if not impossible. Early identification and reporting of cases of maltreatment will offer an abused or neglected child the chance to overcome many of the otherwise likely consequences of maltreatment. This will take a community effort and an ongoing commitment by health practitioners to help strengthen Canadian families and foster children's optimal development.

Forming one of the front lines of defence against child maltreatment, health practitioners are crucial partners in the struggle to make a difference in the future lives of children.

Notes

1. Fedoroycz (1997).
2. Statistics Canada, CANSIM, Matrix 6367.
3. Newson & Newson (1990); Straus (1991); Simons, Johnson & Conger (1995).
4. Durrant & Rose-Krasnor (1995).
5. Gauthier, Stollak, Messé & Aronoff (1996).
6. Trocmé, McPhee, Tamm & Hay (1994); Warner & Hansen (1994); Gracia (1995); Begin (1996).
7. Webber (1993).
8. National Crime Prevention Council (1997).
9. Manitoba Family Services (1993).
10. Manitoba Family Services (1993).
11. Biesenthal & Clement (1992).
12. Badgley (1984).
13. Yawney (1996).
14. National Crime Prevention Council (1997).
15. Janus, McCormack, Wolbert Burgess & Hartman (1987).
16. Trocmé, McPhee, Tamm & Hay (1994).
17. Armitage (1993); Pelton (1994); Fergusson & Lynskey (1997).
18. Hampton & Newberger (1985).
19. Howing, Wodarski, Kurtz & Gaudin (1993); Meston (1993); Standing Committee on Social Development (1994); Manion & Wilson (1995); Fergusson & Lynskey (1997).
20. Oates (1996).
21. Oates (1996).
22. Loos & Alexander (1997).
23. Oates (1996).
24. Gilmartin (1994).
25. Oates (1996).
26. Gilmartin (1994).
27. Mian, Marton & LeBaron (1996).
28. Varia, Abidin & Dass (1996).
29. Fergusson & Lynskey (1997).
30. Gilmartin (1994).
31. Oates (1996).
32. Gilmartin (1994).
33. Varia, Abidin & Dass (1996).
34. Yawney (1996).
35. Dutton & Hart (1992); Silverman, Reinherz & Giaconia (1996).

36. Briere (1989); Stone (1990); Rivera (1991).
37. Yawney (1996).
38. Meston (1993).
39. Gilmartin (1994).
40. Gilmartin (1994).
41. Gilmartin (1994).
42. Yawney (1996).
43. Yawney (1996).
44. Oates (1996).
45. Feldman, Salzinger, Rosario, Alvarado, Caraballo & Hammer (1995).
46. de Paúl & Arruabarrena (1995).
47. Smith (1996).
48. Oates (1996).
49. Kurtz, Gaudin, Wodarski & Howing (1993); Manion & Wilson (1995).
50. Manion & Wilson (1995).
51. Malinosky-Rummell & Hansen (1993); Chandy, Blum & Resnick (1996).
52. Chandy, Blum & Resnick (1996).
53. Fergusson & Lynskey (1997).
54. Loos & Alexander (1997).
55. Gilmartin (1994).
56. Oates (1996); Fergusson & Lynskey (1997).
57. Downs, Smyth & Miller (1996).
58. Steinhauer (1996).
59. Kurtz, Gaudin, Wodarski & Howing (1993); Oates (1996).
60. Kendall-Tacket & Eckenrode (1996).
61. Kurtz, Gaudin, Wodarski & Howing (1993).
62. Malinosky-Rummell & Hansen (1993).
63. Friedrich & Luecke (1988).
64. Mian, Marton & LeBaron (1996).
65. Oates (1996).
66. Gilmartin (1993).
67. Gilmartin (1993).
68. Gilmartin (1993).
69. Feldman, Salinger, Rosario, Alvarado, Caraballo & Hammer (1995).
70. Cicchetti & Toth (1995).
71. Oates (1996).
72. Varia, Abidin & Dass (1996).
73. Gilmartin (1993); Varia, Abidin & Dass (1996); Loos & Alexander (1997).
74. Gilmartin (1993); Singer (1989).
75. Varia, Abidin & Dass (1996); Loos & Alexander (1997).
76. Gilmartin (1993).
77. Gilmartin (1993).
78. Oates (1996).
79. Varia, Abidin & Dass (1996).

80. Gilmartin (1993).
81. Miller (1984); Steele (1987); Shengold (1989).
82. Oliver (1993).
83. Oliver (1993).
84. Fergusson & Lynskey (1997).
85. Malinosky-Rummell & Hansen (1993); Downs, Smyth & Miller (1996).
86. Gilmartin (1993).
87. Gracia (1995).
88. Howing, Wodarski, Kurtz & Gaudin (1993); Fergusson & Lynskey (1997).
89. Middleton-Moz (1992); Wolin & Wolin (1993); Sundelin Wahlsten (1994).
90. Hendry (1997).
91. Warner & Hansen (1994); Beck & Olgoff (1995); Kennel & Agresti (1995).
92. Steinberg, Levine & Doueck (1997).
93. Varia, Abidin & Dass (1996).
94. Dukes & Kean (1989).
95. Hampton & Newberger (1985).
96. Howe, Herzberger & Tennen (1988).
97. Hampton & Newberger (1985).
98. Warner & Hansen (1994).
99. Steinhauer (1996).

Bibliography

American Psychological Association. (1995). Twenty-four questions (and answers) about professional practice in the area of child abuse. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 377-385.

Armitage, A. (1993). The policy and legislative context. In Wharf, B. (Ed.), *Rethinking Child Welfare.* Toronto: McClelland and Stewart, Inc.

Badgley, R. (1984). *Sexual offenses against children and youth.* Ottawa: Supply and Services Canada.

Bass, E., & Davis, L. (1988). *The courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse.* New York: Harper.

Beck, K. A., & Olgoff, J. R. P. (1995). Child abuse reporting in British Columbia: Psychologists' knowledge of and compliance with the reporting law. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 245-251.

Begin, P. (1996). *Child Abuse.* Ottawa: Political and Social Affairs Division, Research Branch, Library of Parliament.

Biesenthal, L., & Clement, J. (1992). *Canadian statistics on child sexual abuse.* Ottawa: Research and Statistics Directorate, Corporate Management, Policy and Programs Sector, Department of Justice.

Briere, J. (1989) *Therapy for adults molested as children: Beyond survival.* New York: Springer.

Brodeur, A. E., & Monteleone, J. A. (1994). *Child maltreatment: A clinical guide and reference.* St. Louis: GW Medical Publishing Inc.

Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. Ottawa: Minister of Supply and Services. (Reprinted from *Psychological Bulletin, 99,* 66-77).

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 541-565.

Chandy, J. M., Blum, R. Wm., & Resnick, M. D. (1996). Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect, 20,* 1219-1231.

Crittenden, P. (1988). Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. In Browne, K., Davis, C., & Stratton, P. (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse.* New York: John Wiley and Sons.

Department of Multiculturalism and Citizenship, Human Rights Directorate. (1991). *Convention on the Rights of the Child.* Ottawa: Supply and Services Canada.

de Paúl, J., & Arruabarrena, M. I. (1995). Behaviour problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect, 19,* 409-418.

Dinsmore, C. (1991). *From surviving to thriving: Incest, feminism, and recovery.* New York: State University of New York.

Downs, W. R., Smyth, N. J., & Miller, B. A. (1996). The relationship between childhood violence and alcohol problems among men who batter: An empirical review and synthesis. *Aggression and Violent Behaviour, 1,* 327-344.

Dukes, R. L., & Kean, R. B. (1989). An experimental study of gender and situation in the perception and reporting of child abuse. *Child Abuse & Neglect, 13,* 351-360.

Durrant, J. E., & Rose-Krasnor, L. (1995). *Spanking: Should I or Shouldn't I.* Winnipeg: Department of Family Studies, University of Manitoba.

Dutton, D. G., & Hart, S. D. (1992). Evidence of long-term, specific effects of childhood abuse on criminal behaviour in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 36,* 129-137.

Federal Provincial Working Group on Child and Family Services Information. (1994). *Child Welfare in Canada: The Role of Provincial and Territorial Authorities in Cases of Child Abuse.* Ottawa: Supply and Services Canada.

Fedorowycz, O. (1997). Homicide in Canada – 1996. *Juristat, 17.* Canadian Centre for Justice Statistics, Statistics Canada.

Feldman, R. S., Salzinger, S., Rosario, M., Alvarado, L., Caraballo L., & Hammer, M. (1995). Parent, teacher, and peer ratings of physically abused and nonmaltreated children's behaviour. *Journal of Abnormal Psychology, 23,* 317-334.

Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect, 21,* 617-630.

Friedrich, W. N., & Luecke, W. J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology: Research and Practice, 19,* 155-164.

Garbino, J., Guttman, E., & Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child.* California: Jossey-Bass.

Gauthier, L., Stollak, G., Messé, L., & Aronoff, J. (1996). Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse & Neglect, 20,* 549-559.

Gilmartin, P. (1994). *Rape, incest, and child sexual abuse: Consequences and recovery.* New York: Garland Publishing Inc.

Gove, T. J. (1995). *Report of the Gove Inquiry into child protection in British Columbia.* British Columbia: Gove Inquiry into Child Protection.

Gracia, E. (1995). Visible but unreported: A case for the "not serious enough" cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 19,* 1083-1093.

Hampton, R. L., & Newberger, E. (1985). Child abuse incidence and reporting by hospitals: Significance of severity, class and race. *American Journal of Public Health, 75,* 56-68.

Hendry, E. (1997). Engaging general practitioners in child protection training. *Child Abuse Review, 6,* 60-64.

Howe, A. C., Herzberger, S., & Tennen, H. (1988). The influence of personal history of abuse and gender on clinician's judgements of child abuse. *Journal of Family Violence,* 3, 105-119.

Howing, P. T., Wodarski, J. S., Kurtz, P. D., & Gaudin, Jr., J. M. (1993). *Maltreatment and the school-aged child: Developmental outcomes and system issues.* New York: The Haworth Press.

Janus, M. D., McCormack, A., Wolbert Burgess, A., & Hartman, C. (1987). *Adolescent runaways: Causes and consequences.* Toronto: D.C. Heath and Co.

Kendall-Tacket, K. A., & Eckenrode, J. (1996). The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse & Neglect, 20,* 161-169.

Kennel, R. G., & Agresti, A. A. (1995). Effects of gender and age on psychologists' reporting of child sexual abuse. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 612-615.

Kurtz, P. D., Gaudin, Jr., J. M., Wodarski, J. S., & Howing, P. T. (1993). Maltreatment and the school-aged child: School performance consequences. *Child Abuse & Neglect, 17,* 581-589.

Loos, M. E., & Alexander, P. C. (1997). Differential effects associated with self-reported histories of abuse and neglect in a college sample. *Journal of Interpersonal Violence, 12,* 340-360.

Ludwig, S., & Kornberg, A. E. (1992). *Child abuse: A medical reference.* New York: Churchill Livingstone.

Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114, 68-79.

Manion, I. G., & Wilson, S. K. (1995). *An Examination of the Association Between Histories of Maltreatment and Adolescent Risk Behaviours*. Ottawa: Supply and Services Canada.

Manitoba Family Services. (1993). *Child protection and child abuse: A handbook for nurses*. Winnipeg: Author.

Mathews, F. (1996). *The Invisible Boy: Revisioning the Victimization of Male Children and Teens*. Ottawa: National Clearinghouse on Family Violence, Health Canada.

Meston, J. (1993). *Child abuse prevention programs*. Ottawa: Vanier Institute of the Family.

Mian, M., Marton, P., & LeBaron, D. (1996). The effects of sexual abuse on 3- to 5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect, 20*, 731-745.

Middleton-Moz, J. (1992). *Will to survive: Affirming the positive power of the human spirit*. Florida: Health Communications, Inc.

Miller, A. (1984). *Thou shall not be aware: Society's betrayal of the child*. New York: Meridian.

National Crime Prevention Council. (1997). *Young people say: Report from the Youth Consultation Initiative*. Ottawa: Author.

Newson, J., & Newson, E. (1990). *The extent of physical punishment in the U.K.* London: Approach.

Oates, R. K. (1996). *The spectrum of child abuse: Assessment, treatment, and prevention*. New York: Brunner/Mazel, Inc.

Oliver, J. E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1315-1325.

Pelton, L. H. (1994). Is poverty a key contributor to child maltreatment: Yes. In Gambril, E., & Stein, E. (Eds.), *Controversial Issues in Child Welfare*. Massachusetts: Allyn & Bacon.

Reese, R. M. (1994). *Child abuse: Medical diagnosis and management*. Pennsylvania: Lea & Febiger.

Rivera, M. (1991). *Multiple Personality: An outcome of child abuse*. Toronto: Education/Dissociation.

Shengold, L. (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation.* New Haven: Yale University.

Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect, 20,* 709-723.

Simons, R. L., Johnson, C., & Conger, R. D. (1995). Harsh corporal punishment versus quality of parental involvement as an explanation of adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and the Family, 56,* 591-607.

Singer, K. I. (1989). Group work with men who experienced incest in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 59,* 468-472.

Smith, C. (1996). The link between childhood maltreatment and teenage pregnancy. *Social Work Research, 20,* 131-141.

Standing Committee on Social Development. (1994). *Children at risk.* Toronto: Ontario Legislative Assembly.

Steele, K. (1987). Sitting with shattered soul. *Pilgrimage: Journal of Exploration & Psychotherapy, 15,* 19-25.

Steinberg, K. L., Levine, M., & Doueck, H. J. (1997). Effects of legally mandated child-abuse reports on the therapeutic relationship: A survey of psychotherapists. *American Journal of Orthopsychiatry, 67,* 112-122.

Steinhauer, P. D. (1996). *The primary needs of children: A blueprint for effective health promotion at the community level.* Ottawa: Caledon Institute of Social Policy.

Stone, M. H. (1990). Incest in the borderline patient. In Kluft, R. P. (Ed.), *Incest-related syndrome in adult psychopathology.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Strauss, M. A. (1991). Discipline and deviance: Physical punishment of children and violence and other crime in adulthood. *Social Problems, 38,* 133-154.

Sundelin Wahlsten, V. (1994). Development and survival: A study of children at risk living in adverse psychological milieu. *Child Abuse & Neglect, 18,* 715-723.

Trocmé, N., McPhee, D., Tam, K. K., & Hay, T. (1994). *Ontario incidence study of reported child abuse & neglect.* Toronto: The Institute for the Prevention of Child Abuse.

Varia, R., Abidin, R. R., & Dass, P. (1996). Perceptions of abuse: Effects on adult psychological and social adjustment. *Child Abuse & Neglect, 20,* 511-526.

Warner, J. E., & Hansen, D. J. (1994). The identification and reporting of physical abuse by physicians: A review and implications for research. *Child Abuse & Neglect, 18,* 11-25.

Webber, M. (1991). *Street kids: The tragedy of Canada's runaways.* Toronto: University of Toronto Press.

Wolin, S., & Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity.* New York: Villiard Books (Random House).

Yawney, D. (1996). Resiliency: A strategy for survival of childhood trauma. In Russell, M., Hightower, J., Gutman, G. (Eds.), *Stopping the violence: Changing families, changing futures.* Canada: Benwell Atkins Limited.

Appendix A: Additional Resources

Organizations

Canadian Foster Family Association

Canadian Institute of Child Health

Child Welfare League of Canada

Institute for the Prevention of Child Abuse

Vanier Institute of the Family

Child Welfare Contacts

Newfoundland
Department of Social Services

Prince Edward Island
Department of Health and Social Services

Nova Scotia
Department of Community Services

New Brunswick
Department of Health and Community Services

Quebec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ontario
Ministry of Community and Social Services

Manitoba
Department of Family Services

Saskatchewan
Department of Social Services

Alberta
Department of Family and Social Services

British Columbia
Ministry of Social Services

Yukon
Department of Health and Social Services

Northwest Territories
Department of Social Services

Medical Reference Books

Child maltreatment: A clinical guide and reference.
Brodeur & Monteleone. (1994)

Child abuse: A medical reference.
Ludwig & Kornberg. (1992)

Child abuse: Medical diagnosis and management.
R.M. Reese. (1994)

Other Booklets Available from the National Clearinghouse on Family Violence

Family Violence: Clinical Guidelines for Nurses, Canadian Nurses Association. (1992)
Child Abuse: Awareness Information for People in the Workplace. F. MacLeod. (1995)
Violence Issues: An Interdisciplinary Curriculum Guide for Health Professionals, L.A. Hoff. (1994)
Family Violence Handbook for the Dental Community, Denham & Gillepsie. (1994)

For more information, please contact
The National Clearinghouse on Family Violence
(see inside of front cover for contact information).

Santé Canada Health Canada

Les conséquences de la violence faite aux enfants :

Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé

Canada

Les conséquences de la violence faite aux enfants :

Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé

Notre mission est d'aider les Canadiens et les
Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les conséquences de la violence faite aux enfants : Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé préparé par Jeff Latimer pour
l'Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada

Also available in English under the title
The Consequences of Child Maltreatment:
A Reference Guide for Health Practitioners

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements sur les questions de violence familiale, veuillez communiquer avec :

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille
Division des questions relatives à la santé
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1907D1
7e étage, immeuble Jeanne-Mance, Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 1B4 CANADA
Téléphone : 1-800-267-1291 ou (613) 957-2938
Télécopieur : (613) 941-8930
FaxLink : 1-888-267-1233 ou (613) 941-7285
ATME : 1-800-561-5643 ou (613) 952-6396
Page d'accueil sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn

© Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 1998
Cat. H72-21/156-1998F
ISBN 0-662-82694-9

Remerciements de l'auteur

L'auteur tient à exprimer sa reconnaissance à l'Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, pour ses judicieux conseils et son expertise, et surtout à David Allen, pour la pertinence de sa vision. Il remercie spécialement les personnes suivantes qui ont mis leur temps et leur savoir-faire au service du texte et ont contribué à en faire un document plus exact et plus utile.

David Allen
Unité de la prévention
de la violence familiale
Santé Canada

Joan Simpson
Division du développement
des politiques et de la coordination
Santé Canada

Natacha Joubert
Unité de la promotion de la santé mentale
Santé Canada

Roy Hanes
School of Social Work
Carleton University

Sharon Nield
Association des infirmières et
infirmiers du Canada

Naomi I. Rae Grant
Association des psychiatres du Canada

David Randall
Association canadienne
pour la santé mentale

Danièle Fréchette
Psycho-sociologue spécialisée en violence conjugale, en rapports parents-enfants et en intervention en cas de violence dans la famille

Liette Lalonde
Unité de la prévention de la violence familiale
Santé Canada

Gordon Phaneuf
Division de la violence
envers les enfants
Santé Canada

Carol Cumming-Speirs
École de service social
Université McGill

Joan Durrant
Département d'études familiales
Université du Manitoba

Cathy Younger-Lewis
Association médicale canadienne

Anne Mason
Institut Vanier de la famille

Maureen Kraemer
Association canadienne des
travailleurs sociaux

John Service
Association canadienne de psychologie

Table des matières

Introduction 5

Un aperçu de la violence faite aux enfants 6
Définition de la violence envers les enfants 7
L'ampleur du problème 8
Facteurs ayant une incidence sur les mauvais traitements 11

Les conséquences de la violence faite aux enfants 13
Conséquences psychologiques 14
Conséquences physiques 15
Conséquences sur le comportement 15
Conséquences sur les études 16
Conséquences sur la vie sexuelle 17
Conséquences sur les relations interpersonnelles 18
Conséquences sur la perception de soi 18
Conséquences sur la vie spirituelle 19
Violence subséquente 19
Conséquences générales 20
Facteurs influant sur les conséquences de la violence 20

La déclaration des cas et les professionnels de la santé 23
Le mécanisme de déclaration 23
Questions fréquentes au sujet de la déclaration 24
Pourquoi les professionnels ne déclarent-ils pas toujours les cas? 25
Tendances et préjugés liés à la déclaration 27
Quelques indices courants de violence 28

Conclusion 29

Notes 30

Bibliographie 33

Annexe A : Ressources supplémentaires 39

Introduction

- **Depuis quelques années, la question de l'enfance maltraitée et négligée suscite un intérêt grandissant.**

  Les recherches révèlent que, chaque jour, un nombre important d'enfants sont exposés à de la violence et à de la négligence graves, qui entraînent des problèmes physiques et psychologiques ainsi que de lourdes conséquences à long terme. Les chercheurs ne cessent de se pencher sur la diversité des répercussions possibles des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants. Comme le prouvent un nombre croissant d'études, outre les effets dommageables qu'ils produisent sur les enfants dans l'immédiat, les mauvais traitements sont associés à une foule de problèmes qui font surface à l'adolescence et à l'âge adulte.

- **Le professionnel de la santé a un rôle déterminant à jouer dans la protection de l'enfance.**

  En leur qualité de « travailleurs de première ligne », les professionnels de la santé sont souvent en contact avec des enfants et des familles exposés à la violence. Dans bien des cas, ils peuvent détecter les seuls signes connus de l'abus et de la négligence. Fort heureusement, ils peuvent, par une intervention efficace, réduire bon nombre des effets indésirables possibles des mauvais traitements envers les enfants. En signalant les cas fondés, allégués, voire soupçonnés aux responsables de la protection de l'enfance, le professionnel de la santé offre à l'enfant une chance d'échapper à la violence et de mettre un terme à son état de victime. Le milieu de la santé a beaucoup fait avancer la cause du bien-être des enfants, mais il reste encore des efforts à faire.

- **Cette brochure vise à offrir au professionnel de la santé des données de base et à jour sur la violence faite aux enfants.**

  La première partie de cette brochure offre un bref aperçu du phénomène de la violence faite aux enfants. Les définitions, l'ampleur du problème et les facteurs qui influent sur les mauvais traitements envers les enfants sont autant de sujets qui y sont abordés. La deuxième partie porte sur les répercussions possibles de l'enfance maltraitée. Les éléments d'information sont tirés des recherches sur les effets immédiats et à long terme. La troisième partie traite du signalement par les professionnels de la santé des cas de violence faite aux enfants. Elle apporte des réponses à certaines questions posées fréquemment, fait état des tendances et des préjugés et souligne certains signes courants de mauvais traitements.

Un aperçu de la violence faite aux enfants

- En Colombie-Britannique, le petit Matthew John Vaudreuil a été trouvé sans vie à cinq ans, avec des fractures à onze côtes et à un bras et des contusions sur tout le corps. Il avait été torturé et privé de nourriture avant d'être assassiné par sa mère. Avant son décès, 24 médecins s'étaient occupés de Matthew à 75 occasions différentes, souvent pour blessures physiques graves.
- En Ontario, Sara Podniewicz, un bébé de six mois, a été battue à mort par ses deux parents. Trois semaines plus tôt, elle avait reçu des soins médicaux pour une fracture au bras, survenue dans des circonstances étranges.
- Au Nouveau-Brunswick, le petit John Ryan Turner est décédé à l'âge de trois ans. Il avait été victime de violence psychologique et physique et de négligence graves de la part de ses parents et avait été examiné par de nombreux professionnels.

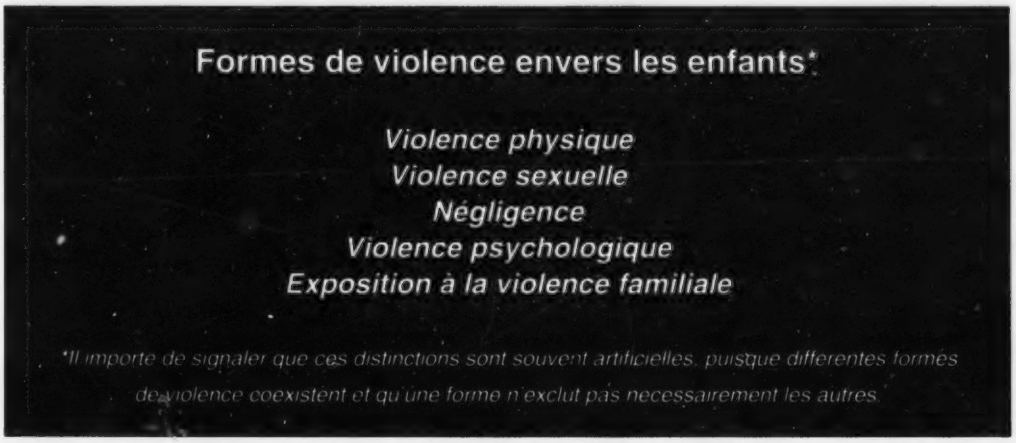
Bien sûr, il s'agit là de cas extrêmes de violence infligée aux enfants. Ils sont néanmoins très réels. Ils rendent compte de la douleur et de la souffrance réellement vécues par des enfants d'ici. En 1996 seulement, 47 enfants ont été assassinés par leurs parents au Canada; 34 (72 %) de ces victimes avaient moins de six ans[1].

L'enfance maltraitée et négligée est un problème complexe et répandu aux conséquences dévastatrices.

La plupart des enfants maltraités ne sont pas assassinés, mais ils vivent dans un climat constant de violence et d'indifférence, et leurs besoins essentiels ne sont pas pris en compte. En 1996, on dénombrait environ six millions d'enfants de moins de 15 ans au Canada[2]. Si cinq pour cent seulement de ces enfants étaient maltraités ou négligés (une estimation très prudente), on aurait compté 300 000 enfants victimes de mauvais traitement au cours de cette année-là uniquement, tous étant âgés de moins de 15 ans.

Définition de la violence envers les enfants*

Il est difficile de donner une définition universelle de l'enfance maltraitée et négligée. Ce qui est perçu comme de l'abus par certains est considéré comme normal et acceptable par d'autres. La plupart des spécialistes de la protection de l'enfance, toutefois, s'entendent sur une définition commune de la violence envers les enfants. Il s'agit de mauvais traitements infligés à un enfant ou de négligence des besoins liés au développement de ce dernier par un parent, un tuteur ou une personne qui en prend soin, entraînant ainsi ou pouvant entraîner des blessures ou des effets néfastes sur les plans affectif ou psychologique. Pour simplifier les choses, l'expression *violence envers les enfants* sera utilisée dans cette brochure pour désigner toutes les formes de violence et de négligence envers les enfants.



- ***La violence physique*** désigne le fait de frapper ou de battre un enfant, notamment de l'intoxiquer, le brûler, lui infliger des coups, lui donner des coups de pied, le mordre, le secouer, le lancer à terre, l'étrangler, ou exercer toute force ou forme de contrainte contre lui. On invoque souvent la discipline pour justifier la violence physique. Les recherches indiquent cependant que la discipline physique n'est pas une façon efficace d'exercer une influence favorable sur le comportement de l'enfant[3]. De plus, l'emploi de la force physique comme méthode de discipline peut dégénérer en coups beaucoup plus violents[4].
- ***La violence sexuelle*** désigne une situation où un adolescent ou un adulte se sert d'un enfant pour se satisfaire sexuellement. L'enfant est exposé à un contact, à une activité ou à un comportement à caractère sexuel sous forme, par exemple, d'invitation à des attouchements, de rapports sexuels

* Veuillez noter que la définition juridique des mauvais traitements envers les enfants varie d'une province ou d'un territoire à l'autre au Canada. C'est pourquoi vous devez absolument consulter le texte de loi en vigueur dans votre province ou territoire.

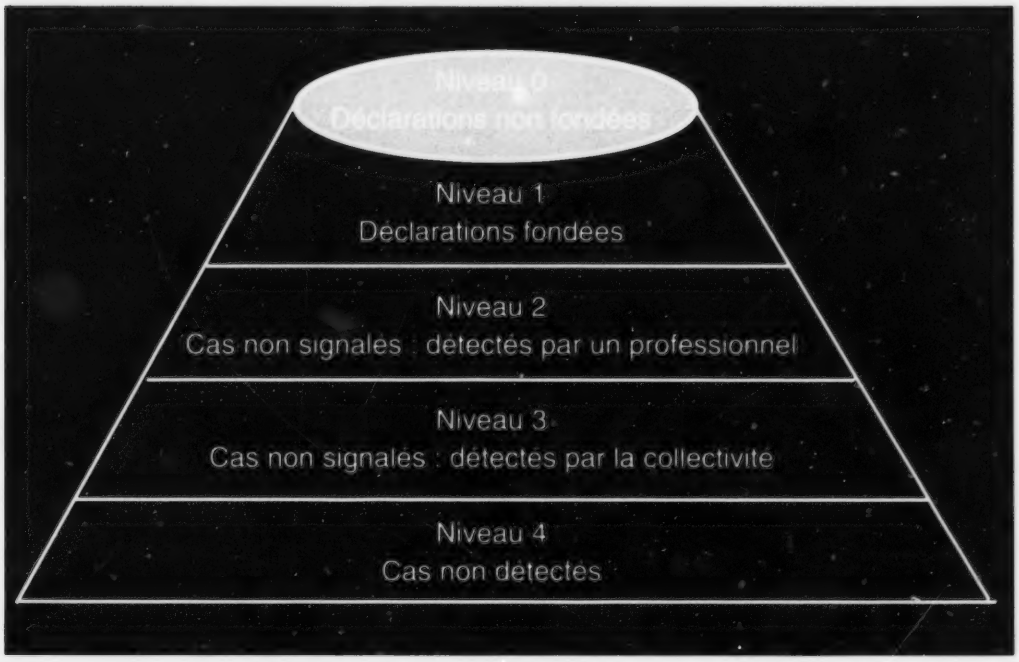
ou d'autres formes d'exploitation, telles la pornographie ou la prostitution infantile. Il arrive que la violence sexuelle s'exerce entre les enfants. La différence d'âge et de pouvoir, entre la victime et l'agresseur, est le facteur déterminant lorsqu'on tente d'établir s'il y a agression sexuelle.

- ***La négligence*** peut se définir comme un manquement au devoir de satisfaire aux besoins physiques et psychologiques fondamentaux d'un enfant. Il est souvent difficile de définir et de détecter la négligence. On pourrait citer comme exemples de négligence le fait de ne pas nourrir, vêtir ou loger convenablement un enfant; d'ignorer systématiquement ses besoins et ses problèmes, ou de ne pas lui offrir une surveillance adaptée à son niveau de développement. La négligence peut avoir, sur les enfants, plus d'effets dévastateurs que d'autres formes de mauvais traitement, parce qu'elle n'est pas détectée, dans bien des cas, et qu'elle fait partie du mode d'éducation des enfants[5].
- ***La violence psychologique*** désigne généralement des actions ou des omissions qui, selon les normes en vigueur dans une collectivité et du point de vue des spécialistes, pourraient avoir des effets psychologiques néfastes. Comme la négligence, la violence psychologique est difficile à définir et à détecter. Il ne s'agit pas d'un phénomène isolé, mais d'une forme de violence répétée et soutenue. Le rejet, l'humiliation, l'intimidation, l'isolement, la corruption, l'exploitation et le retrait de l'affection sont assimilés à des formes de violence psychologique.
- ***L'exposition à la violence familiale*** survient quand l'enfant, directement ou indirectement, est témoin de la violence en milieu familial. L'enfant peut être physiquement présent et observer la violence, ou se trouver dans une autre pièce d'où il peut entendre les échanges violents. Ou encore, il peut, sans avoir observé ou entendu quoi que ce soit, constater les traces laissées par la violence, comme les meubles endommagés ou les contusions présentées par la victime. La majorité des enfants qui sont témoins de violence familiale assistent à l'agression commise contre l'un de leurs parents, le plus souvent, leur mère. Il arrive aussi que la victime soit un frère ou une soeur, ou un autre membre de la famille.

L'ampleur du problème

Il est difficile de connaître l'ampleur la violence faite aux enfants au Canada. Beaucoup de professionnels s'accordent à dire que les cas déclarés demeurent généralement en deçà de la réalité[6]. À cet égard, le *Modèle de l'iceberg* (figure 1) illustre les cinq niveaux possibles de la détection de l'enfance maltraitée.

Figure 1. Modèle de l'iceberg : Détection de la violence faite aux enfants



Source: Trocmé, McPhee, Tam et Hay, 1994.

Le modèle de l'iceberg aide à comprendre les difficultés que l'on a à obtenir des données exactes sur les taux d'incidence de la violence infligée aux enfants. En effet, une forte proportion de cas ne sont pas signalés aux services de protection de l'enfance, ou ne sont pas connus de ces derniers. Même si nous n'examinions que les cas fondés (*niveau 1*), la question de l'exactitude des données nationales resterait posée. La définition de la violence, l'âge de la clientèle et la méthode de collecte des données et de déclaration varient d'une province et d'un territoire à l'autre, dans les bureaux de protection de l'enfance.

Toutefois, pour commencer, Santé Canada a choisi d'appuyer une étude nationale sur l'incidence de l'enfance maltraitée. L'étude, intitulée *The Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS)*, contribuera à mieux faire connaître l'ampleur et la dynamique de l'enfance maltraitée. Les définitions pratiques et les méthodes de collecte de données seront uniformisées de concert avec les autorités provinciales et territoriales. L'étude permettra d'obtenir des éléments d'information qui aideront les intervenants qui s'occupent d'enfants et de jeunes exposés aux risques de mauvais traitements. Des chercheurs et des praticiens ont déjà tenté de déterminer les taux de prévalence et d'incidence de ce phénomène.

Principales conclusions d'études sur l'ampleur de l'enfance maltraitée au Canada

- La violence envers les enfants ou d'autres symptômes de problèmes familiaux graves touchent, environ, de 20 à 40 % des familles canadiennes[7].
- En tout temps, le nombre de jeunes pris en charge par un bureau de la protection de l'enfance au Canada oscille entre 45 000 et 60 000[8].
- Si l'on se fie à de récentes études, 1 200 nouveaux cas de violence physique par million d'habitants seront enregistrés chaque année au Canada[9].
- Le taux de mortalité attribuable à la violence physique varierait de 4 à 6 %. Il peut s'élever à 10 % lorsque l'enfant qui en a été victime est réinséré dans son milieu familial[10].
- Les données tirées de l'étude d'un échantillon de 16 services de police, menée en 1991, mettent en évidence 1 154 cas d'agression sexuelle sur des enfants, comptant une seule victime et un seul agresseur[11].
- Une femme sur deux et un homme sur trois, au Canada, ont subi contre leur gré des actes sexuels, notamment l'exposition à des scènes à caractère sexuel, des menaces d'ordre sexuel, des attouchements ou des agressions ou tentatives d'agression. Dans 80 % des cas, ces incidents touchaient des personnes de moins de 18 ans[12].
- Même si les parents entendent protéger leurs enfants, presque toutes les scènes de violence sont vues ou entendues par les enfants; environ 70 % de ces derniers tentent d'intervenir[13].
- Une enquête réalisée auprès de jeunes de la rue, au Canada, révèle que 43 % de ceux-ci ont été victimes d'agression physique et 21 %, d'agression sexuelle[14].
- Dans une étude menée auprès d'adolescents fugueurs, 75 % des filles et 38 % des garçons ont déclaré avoir été victimes de mauvais traitements pendant l'enfance[15].
- Selon une étude réalisée en Ontario, en 1993, 46 683 enquêtes sur des cas d'enfance maltraitée ont été entreprises. De ce total, dans 41 % des cas on a allégué qu'il y avait eu de la violence physique; 25 %, de l'agression sexuelle; 30 %, de la négligence; 10 %, de la violence psychologique et 2 %, d'autres types de violence.*. Au terme de ces enquêtes, 27 % des cas se sont révélés fondés, 30 % sont demeurés suspects et 42 % n'étaient pas fondés[16].

* Le total s'élève à plus de 100 % en raison du chevauchement entre les diverses formes de mauvais traitement.

Facteurs ayant une incidence sur les mauvais traitements

L'enfance maltraitée est un problème social extrêmement complexe. De nombreuses théories ont été avancées pour tenter de l'expliquer. Un modèle simplifié est présenté à la figure 2. Les mauvais traitements peuvent se résumer à l'interaction de quatre grands facteurs : le parent ou le pourvoyeur de soins, l'enfant, la situation et le niveau de soutien. Chaque facteur peut avoir pour effet d'accroître ou de réduire les risques de violence.

Figure 2. L'équation de la violence faite aux enfants

La violence envers les enfants est un phénomène qui touche tous les types de familles et toutes les couches de la population, sans distinction de religion, d'appartenance ethnique, de catégorie sociale ou de sexe. Toutefois, les enfants qui vivent dans un milieu défavorisé sur le plan économique sont beaucoup plus à risque que les enfants plus privilégiés[17]. Il semble que la pauvreté et le chômage puissent créer un stress excessif pour les familles et un climat qui incite à la violence et à la négligence. Les familles appauvries ont plus difficilement accès à des services de soutien lorsque ce besoin se fait sentir. De plus, les familles qui vivent dans la pauvreté ont souvent des contacts avec les organismes de services sociaux pour obtenir un soutien financier et, de ce fait, risquent davantage d'être signalées aux services de protection de l'enfance. En outre, certaines recherches indiquent que les intervenants qui signalent généralement ces cas, comme le personnel hospitalier, font preuve de préjugés et sont plus portés à déclarer des cas soupçonnés d'enfance maltraitée dans les familles d'autres origines raciales ou à faible revenu[18].

On s'entend généralement pour dire que les principaux facteurs qui augmentent les risques de violence à l'égard d'un enfant sont les suivants[19] :

Le parent/pourvoyeur de soins

- antécédents de violence pendant l'enfance
- abus d'alcool ou toxicomanie
- maladie mentale
- faible niveau de scolarité/aptitudes parentales déficientes

L'enfant

- déficience
- problèmes de comportement graves

La situation

- situation socio-économique défavorable
- chômage
- collectivité à haut risque
- famille monoparentale

Le niveau de soutien

- manque de soutien communautaire
- isolement social

Les conséquences de la violence faite aux enfants*

Les gens ont tendance à considérer que la violence envers les enfants est moins grave lorsque ses effets semblent temporaires et disparaissent au cours du développement de l'enfant. Or, Browne et Finklehor (1986) s'élèvent fermement contre cette perception.

> *Lorsqu'un traumatisme, par exemple un viol, survient à l'âge adulte, on ne l'évalue pas en fonction des conséquences qu'il aura ou non pendant la vieillesse. On reconnaît qu'il s'agit d'un événement douloureux et inquiétant, que ses effets se fassent sentir pendant un an ou dix ans. De même, un traumatisme subi pendant l'enfance ne doit pas être sous-estimé parce que ses effets à long terme ne peuvent être démontrés*[...]*les mauvais traitements doivent être considérés comme un problème grave pour l'enfant,* ***ne serait-ce que parce qu'ils engendrent dans l'immédiat une douleur, de la confusion et de la perturbation qui peuvent persister*** (caractères gras ajoutés; p. 22).

La violence envers un enfant n'est cependant pas un épisode critique momentané dans la vie de l'enfant. Même si l'enfant est retiré d'un milieu familial violent ou prend lui-même l'initiative de quitter la maison, les effets de la violence subie pendant l'enfance demeureront toute sa vie durant. La violence envers un enfant peut avoir des répercussions sur tous les aspects de sa vie, notamment sur les suivants :

- psychologique
- physique
- comportemental
- scolaire
- sexuel
- interpersonnel
- perception de soi
- vie spirituelle
- violence subséquente

* Pour simplifier les choses, les conséquences de la violence physique, sexuelle et psychologique, de la négligence et de l'exposition à la violence familiale seront regroupées dans une seule catégorie.

Conséquences psychologiques

La violence subie pendant l'enfance peut bouleverser à jamais l'équilibre psychologique de la victime. L'enfant qui s'est vu infliger des mauvais traitements présente les problèmes suivants :

- des cauchemars intenses et répétitifs[20]
- de l'anxiété[21]
- un niveau exceptionnel de colère et d'agressivité[22]
- un sentiment de culpabilité et de honte – chez les victimes d'agression sexuelle, ce sentiment peut être très aigu, surtout si elles ont éprouvé un certain plaisir à un moment quelconque[23]
- des phobies soudaines, comme la crainte de l'obscurité ou de l'eau[24]
- des troubles psychosomatiques, comme des maux d'estomac, des maux de tête, de l'hypocondrie, de l'incontinence fécale, de l'incontinence urinaire et des clignements d'yeux excessifs[25]
- une attitude craintive, en général, et plus particulièrement face aux membres du même sexe que l'agresseur[26]
- des symptômes dépressifs, des épisodes prolongés de tristesse, un repli sur soi[27]
- un sentiment d'isolement social et une impression de stigmatisation[28].

Par suite d'une exposition prolongée aux mauvais traitements, l'enfant peut présenter d'autres troubles psychologiques :

- une augmentation sensible des troubles psychiatriques[29]
- de la dissociation, des pensées envahissantes, des idées suicidaires et des phobies plus aiguës[30]
- des niveaux accrus d'anxiété, de peur, de dépression, de solitude, de colère, d'hostilité et de culpabilité[31]
- une perturbation de la pensée, par exemple des perceptions chroniques de danger et de la confusion, un raisonnement illogique, des perceptions tordues de la réalité, des idées fausses sur le monde et de la difficulté à distinguer le réel de l'imaginaire[32]
- une diminution de la capacité de saisir les rôles complexes[33]
- de la difficulté à réfléchir à des problèmes sociaux ou à les résoudre[34].

Même si l'on s'intéresse de plus en plus aux effets de la violence envers les enfants, rares sont les études qui ont examiné ses conséquences psychologiques à long terme dans l'ensemble de la population. On sait cependant que les adolescents et les adultes ayant des antécédents de mauvais

traitements sont sur-représentés parmi les détenus et qu'ils présentent généralement plus de problèmes psychiatriques à l'âge adulte, comme le *stress post-traumatique* et la *dépression grave*[35]. En outre, des troubles psychiatriques précis, tels que *la personnalité multiple* et *l'état limite de trouble de la personnalité*, ont été associés à la violence vécue pendant l'enfance[36].

Conséquences physiques

Outre les blessures physiques évidentes, comme les fractures, les contusions et les cicatrices, les mauvais traitements entraînent plusieurs problèmes physiques chez les enfants, notamment :

- les enfants qui ont souffert de négligence grave et chronique sont généralement plus petits et pèsent moins que les enfants non maltraités, ce qui, comme on l'a prouvé, a une incidence durable sur la santé[37]
- les enfants victimes de violence physique (ou qui sont secoués, lorsqu'il s'agit de très jeunes enfants) souffrent parfois de lésions neurologiques graves et permanentes, qui ont une incidence sur leur développement ultérieur[38]
- des problèmes de poids, qui se présentent souvent sous forme de troubles alimentaires[39]
- des troubles du sommeil graves et des étourdissements à l'état de veille[40]
- d'autres symptômes liés au stress, comme des problèmes gastro-intestinaux, des migraines, des problèmes respiratoires, de l'hypertension, des douleurs continues, des douleurs et des éruptions cutanées qui défient tout diagnostic ou traitement[41]
- un mauvais état de santé général[42].

Conséquences sur le comportement

Il est connu que les enfants maltraités présentent les problèmes de comportement suivants :

- des retards du développement[43]
- le cramponnement, la timidité extrême et la peur des étrangers[44]
- des problèmes de socialisation avec les camarades – comportement belliqueux ou socialement indésirable, comme une tendance à rudoyer, à taquiner ou à ne pas partager[45]
- la mésadaptation scolaire et un comportement dérangeant en classe[46].

Les chercheurs s'accordent de plus en plus pour dire que la violence envers les enfants est associée à une foule de problèmes de comportement qui se manifestent à l'adolescence :

- la grossesse à l'adolescence[47]
- les comportements autodestructeurs comme l'automutilation ou les brûlures volontaires[48]
- l'absentéisme scolaire et les fugues[49]
- la délinquance et la prostitution[50]
- la consommation de drogues ou d'alcool et la toxicomanie à un jeune âge[51]
- les troubles alimentaires comme l'anorexie, la boulimie ou l'obésité – surtout chez les filles[52]
- le suicide et les tentatives de suicide[53].

Les recherches donnent à penser que bon nombre de ces problèmes persistent à l'âge adulte et deviennent des modes de comportement profondément ancrés chez la personne. On croit que ces comportements servent de stratégies d'adaptation aux enfants et aux jeunes qui doivent faire face au traumatisme de la violence et de la négligence. Bien que ces comportements finissent par devenir autodestructeurs, ils sont dans bien des cas très difficiles à abandonner. D'autres difficultés de comportement peuvent subsister à l'âge adulte :

- une agressivité et une violence accrues[54]
- l'itinérance[55]
- la criminalité – les crimes de nature sexuelle sont souvent associés à la violence sexuelle, alors que les crimes violents sont plus souvent rattachés à la violence physique[56]
- la toxicomanie ou la dépendance chronique à l'égard des substances[57].

Conséquences sur les études

L'une des conséquences les plus dévastatrices de la violence envers les enfants est sans doute son incidence sur le rendement scolaire. Les recherches montrent, de façon répétée, que les enfants maltraités ont un fonctionnement intellectuel réduit et réussissent très mal dans leurs études. Or, un mauvais rendement scolaire peut avoir de graves conséquences à long terme. L'échec scolaire a été associé à des comportements antisociaux et au décrochage scolaire, lesquels ont pour effet d'accroître les risques suivants à long

terme : baisse de la productivité, dépendance économique et niveau de satisfaction généralement plus faible dans la vie, à l'âge adulte[58]. Les enfants maltraités peuvent présenter les caractéristiques suivantes :

- des résultats scolaires plus faibles de manière générale, ainsi qu'en langue, en lecture et en mathématiques[59]
- le redoublement, les mesures disciplinaires et de nombreuses suspensions[60]
- un rythme de travail et d'apprentissage inférieur à la moyenne (selon les enseignants)[61]
- une capacité moins grande de se fixer des objectifs scolaires et professionnels à long terme comparativement aux enfants non maltraités[62].

Il est compréhensible que les enfants maltraités réussissent mal à l'école. D'une part, ils doivent composer avec les difficultés évidentes associées à un milieu familial violent, d'autre part, les parents négligents et violents sont moins susceptibles d'offrir à l'enfant un milieu stimulant sur le plan intellectuel, de lui faire de la lecture, de superviser ses devoirs et de s'intéresser de façon générale à sa vie scolaire.

Conséquences sur la vie sexuelle

En règle générale, la violence subie pendant l'enfance a une incidence néfaste sur la perception qu'a l'enfant de la sexualité, réduit sa capacité de fixer des limites appropriées et a souvent pour effet de lui inspirer une attitude craintive ou négative à l'égard de la sexualité. Si ce sont surtout les agressions sexuelles qui ont des conséquences sur la vie sexuelle, d'autres formes de mauvais traitements peuvent également avoir sur ce plan des effets destructeurs. Ainsi, il arrive qu'un enfant négligé recherche très tôt une intimité sexuelle pour combler un besoin d'intimité parentale non satisfait. D'où un risque de grossesse à l'adolescence ou de maladies transmises sexuellement. Voici une liste des principales conséquences qu'auraient les mauvais traitements sur la sexualité, d'après la documentation :

- la masturbation manifeste ou excessive, une curiosité sexuelle exagérée et une fréquente exposition des organes génitaux[63]
- la simulation d'actes sexuels avec les frères et soeurs et les amis, des comportements sexuels inappropriés, comme la tendance à toucher les seins ou les organes génitaux[64]
- des connaissances sexuelles prématurées, la « sexualisation » des baisers donnés aux amis et aux parents[65].

À l'adolescence et à l'âge adulte, les enfants maltraités continuent de manifester des comportements sexuellement mésadaptés.

- les troubles orgasmiques et les relations sexuelles douloureuses[66]
- la promiscuité[67]
- l'insatisfaction et les attitudes négatives à l'égard de la sexualité[68].

Ces problèmes découlent dans bien des cas de l'introduction d'une composante sexuelle dans les rapports parents-enfants, qui a eu une incidence sur la sexualité et l'intimité de l'enfant. En substance, l'enfant qui a subi des agressions sexuelles peut, par la suite, avoir de la difficulté à distinguer une relation sexuelle d'une relation non sexuelle et, par conséquent, introduire une élément sexuel dans toutes ses relations.

Conséquences sur les relations interpersonnelles

La violence infligée aux enfants peut les empêcher d'avoir des relations satisfaisantes et adéquates avec autrui, même une fois qu'ils ont atteint l'âge adulte. Les enfants victimes de mauvais traitements ou de négligence sont toujours perçus, par leurs pairs, comme ayant un comportement socialement indésirable[69]. Les enfants aux prises avec de multiples problèmes psychologiques et comportementaux ont souvent du mal à entretenir de saines relations avec les autres. La victimisation altère les aptitudes sociales et limite la capacité d'empathie, deux facteurs essentiels à l'établissement de relations satisfaisantes avec les autres. On a relevé chez les enfants maltraités les problèmes interpersonnels suivants :

- une insécurité dans les rapports avec les parents et les dispensateurs de soins[70]
- la perte d'amis intimes[71]
- une difficulté à faire confiance aux autres[72]
- des problèmes relationnels (p. ex., des relations hypersexualisées ou hyperconflictuelles)[73]
- une insatisfaction chronique dans les relations avec les adultes et une peur de l'intimité[74].

Conséquences sur la perception de soi

Les mauvais traitements infligés aux enfants par leurs parents ont indéniablement une incidence sur l'estime de soi des jeunes victimes. L'enfant auquel on ne s'intéresse pas, ou qui fait l'objet d'agressions violentes, sera enclin à se dévaloriser. La violence est, en effet, associée à une image de soi

déformée ou extrêmement négative qui s'acquiert dès l'enfance et persiste toute la vie. Les enfants maltraités ont généralement l'impression d'être méchants, dépourvus de qualités ou peu attachants, ce qui se traduit parfois par les problèmes suivants :

- niveaux extrêmement faibles d'estime de soi[75]
- sentiment de désarroi[76]
- image corporelle biaisée conduisant souvent à des troubles de l'alimentation[77]
- sentiment écrasant de culpabilité ou d'auto-accusation pour les mauvais traitements subis[78]
- difficulté à maintenir une identité cohérente[79]
- dégoût de soi, autodépréciation, haine de soi[80].

Conséquences sur la vie spirituelle

Les enfants victimes de violence et de négligence affirment souvent avoir perdu la foi, non seulement la foi religieuse en un être divin, mais aussi la foi en soi-même, en autrui et dans le monde qui les entoure. On observe souvent chez eux ce que certains auteurs ont appelé une *âme brisée* ou un *mal de l'âme*[81]. De surcroît, les adultes qui ont été maltraités pendant leur enfance montrent moins d'intérêt pour la religion organisée et y participent donc moins volontiers. Les sévices, l'abus sexuel, la violence psychologique systématiques ou la négligence prolongée peuvent détruire chez l'enfant tout appétit de vivre. Bien que l'on en tienne rarement compte dans la documentation, cette destruction de l'âme pourrait s'avérer une conséquence à long terme extrêmement importante de la violence faite aux enfants.

Violence subséquente

Les victimes de mauvais traitements dans l'enfance deviennent souvent des victimes durant l'adolescence et la vie adulte, ou deviennent elles-mêmes violentes à l'égard de leurs propres enfants et dans leurs relations intimes. D'après les études sur la transmission intergénérationnelle de la violence à l'égard des enfants, le tiers des victimes reproduiraient avec leurs propres enfants le même modèle d'éducation extrêmement inadéquat, négligent ou abusif; un autre tiers ne le reproduirait pas; et le dernier tiers des sujets resteraient plus ou moins vulnérables aux effets de la violence subie pendant leur enfance, selon les facteurs de stress sociaux présents dans leur vie[82]. On relève parfois, chez les adultes et les adolescents qui déclarent avoir été victimes de violence durant leur enfance, les caractéristiques suivantes :

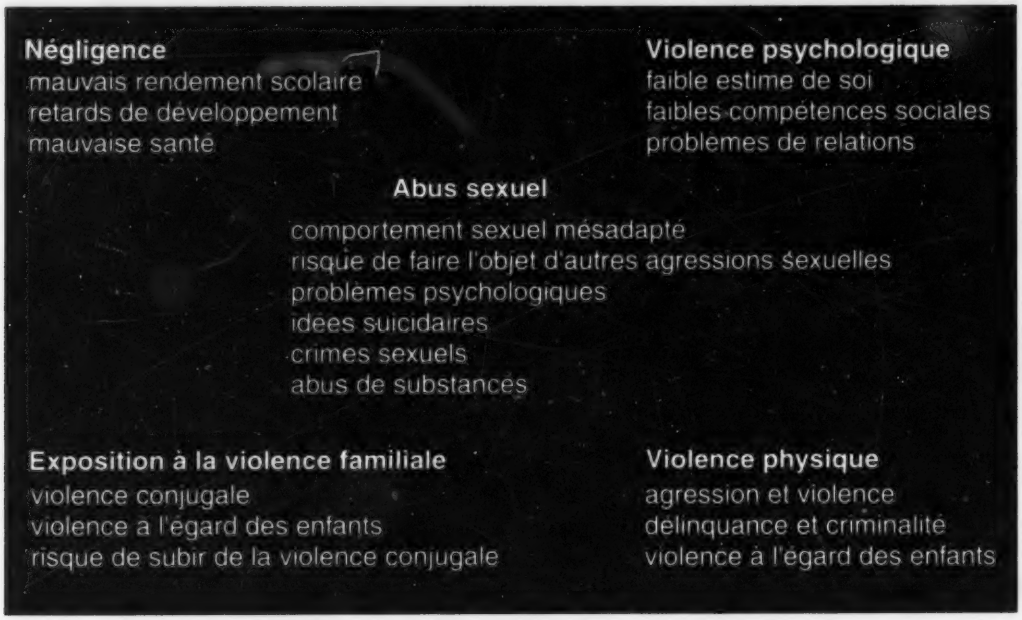
- ils sont eux-mêmes violents à l'égard de leurs propres enfants[83]

- ils ont été victimes d'une agression violente par une personne extérieure à la famille durant leur adolescence[84]
- ils sont violents dans leurs fréquentations à l'adolescence, ou avec leur conjoint une fois adultes[85]
- ils deviennent victimes d'un partenaire violent (le plus souvent de sexe masculin) ou font l'objet de nouvelles agressions sexuelles[86].

Conséquences générales

Jusqu'à présent, on n'a discuté que des conséquences de la violence dans leur ensemble, mais il est possible d'associer certaines conséquences à des formes de violence particulières (figure 3). On peut aussi affirmer que ces conséquences sont, en général, plus intériorisées chez les femmes (idées suicidaires, troubles de l'alimentation, faible estime de soi et troubles psychologiques), et plus extériorisées chez les hommes (comportement agressif exacerbé, délinquence et violence conjugale).

Figure 3. Conséquences générales et formes de violence



Facteurs influant sur les conséquences de la violence

D'après certains auteurs, la gravité des conséquences de la violence sur le vécu de l'enfant pourrait être liée en partie aux facteurs suivants :

- la durée des mauvais traitements

- la gravité de la violence
- la relation de l'agresseur avec la victime.

Ainsi, de mauvais traitements graves infligés sur une longue période par un parent ont, en général, des effets plus nocifs que de mauvais traitements moins graves infligés par un étranger sur une période moins longue, bien que cela ne soit pas toujours le cas. Des chercheurs ont en effet observé des taux élevés de problèmes affectifs et comportementaux chez des enfants victimes de gestes violents que l'on qualifiait de « pas assez graves » pour justifier l'intervention des autorités de protection de l'enfance[87]. Si la violence peut être dans ces cas moins sévère que dans d'autres, elle est par contre souvent subie sur une longue période. Du fait de sa nature chronique et omniprésente, cette forme de violence peut avoir sur le développement de l'enfant une incidence beaucoup plus prononcée qu'une violence dont les effets sont immédiatement visibles. Les familles où la violence faite aux enfants est moins grave n'auraient donc pas moins besoin d'intervention que les autres.

Les mauvais traitements infligés aux enfants,
peu importe leur gravité, peuvent entraîner des risques graves,
dans l'immédiat ou à long terme, pour la santé des enfants,
aux points de vue physique, psychologique ou spirituel.
En fait, dans certains cas, ils peuvent représenter un danger de mort.

Contexte familial et social

On affirme souvent aussi que les conséquences de la violence sont davantage liées au contexte familial et social dans lequel grandit l'enfant qu'à l'agression comme telle. Les recherches montrent, par exemple, qu'une forte proportion des enfants maltraités vivent dans des familles pauvres. La pauvreté jouerait donc un rôle plus important que les mauvais traitements dans l'apparition de problèmes chez les enfants victimes de violence. Toutefois, même en tenant compte de variables comme l'âge de la mère, la situation socio-économique et le type de famille, il n'en subsiste pas moins une relation significative entre les mauvais traitements et de lourdes conséquences comme l'agressivité, l'inadaptation scolaire, les tentatives de suicide, l'abus de substances et la délinquance[88].

Résilience

Les conséquences possibles de la violence faite aux enfants sont souvent considérables. Il est étonnant qu'un si grand nombre d'enfants arrivent à « s'en tirer » et bien fonctionner dans la vie malgré un passé marqué par la violence et la négligence chroniques. Cette résilience infantile, qui permet à certains enfants de foyers perturbés ou violents de surmonter l'adversité et de développer des aptitudes et des stratégies d'adaptation efficaces, est une notion souvent abordée dans la documentation[89]. L'introduction de ce concept ne vise certes pas à minimiser la souffrance de ces enfants ni à justifier les critiques adressées à ceux qui ne sont pas aussi résilients, mais toutefois, elle peut avoir ce genre de conséquences fâcheuses. De plus, comme le soulignent Browne et Finklehor (1986), le fait d'analyser la violence faite à l'enfant en fonction de ses répercussions futures peut aussi conduire à ne pas faire cas de la douleur et du traumatisme immédiats que vit l'enfant sur le coup. Et, bien que l'enfant puisse sembler résilient, il est impossible de connaître son plein potentiel. Il peut donner l'impression de bien fonctionner dans la vie, mais on ne peut déceler les pertes dues à la violence. Souvent, les effets cachés de la violence – la sourde souffrance affective, les terribles cauchemars ou la peur soudaine de l'obscurité qui envahit tout l'être – nous échappent.

Ce qui reste indéniable, c'est que les effets de la violence sur l'enfant peuvent durer toute la vie et diminuer considérablement ses chances de s'épanouir dans la vie.

La déclaration des cas et les professionnels de la santé

Nous abordons ici la question de la déclaration des cas en général, mais il demeure important de consulter également les lois sur la protection de l'enfance en vigueur dans votre province ou votre territoire.

Dans toutes les provinces et territoires* du Canada, la loi oblige toute personne à déclarer aux autorités de protection de l'enfance les cas suspects ou corroborés de violence faite à des enfants. Le professionnel qui ne déclare pas ces cas commet une infraction criminelle.

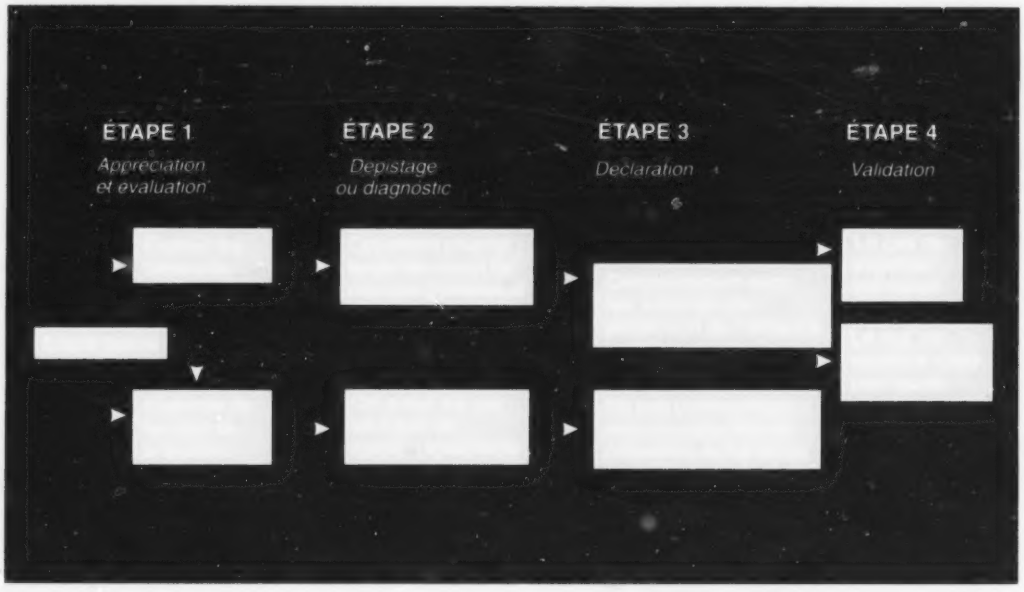
Au Yukon, ce n'est pas une infraction criminelle de ne pas déclarer un incident; mais ceux qui déclarent un incident de bonne foi ont droit à l'immunité civile.

Le mécanisme de déclaration

Pour signaler un cas de violence faite à un enfant au Canada, il n'est pas nécessaire de pouvoir prouver qu'il y a effectivement eu violence. Il suffit au professionnel de **soupçonner** qu'il y a eu violence; c'est aux autorités de protection de l'enfance qu'il incombe ensuite de faire enquête sur tout cas signalé et de constituer des dossiers. Le mécanisme de déclaration des mauvais traitements (figure 4) est le même partout au Canada.

À l'*étape 1*, le professionnel de la santé doit apprécier le degré de la blessure et l'évaluer. Celle-ci ne doit pas nécessairement être de nature physique; elle peut être d'ordre psychologique ou affectif. À *l'étape 2*, le professionnel doit établir ou diagnostiquer s'il y a eu violence. Si ce n'est manifestement pas le cas, il n'a pas à informer les autorités de protection de l'enfance; par contre, si un doute subsiste, il doit leur en faire part, comme le prévoit l'*étape 3*. C'est à l'*étape 4* que les autorités compétentes enquêtent pour déterminer s'il y a eu violence.

Figure 4. Processus de dépistage et de déclaration en plusieurs étapes des cas de violence faite aux enfants



Questions fréquentes au sujet de la déclaration

- ***En déclarant un cas, est-ce que je ne contreviens pas au principe éthique de la confidentialité?***

  Dans presque tous les cas, la déclaration d'un cas de violence exige un bris de la confidentialité. Le devoir de déclarer a toutefois préséance sur le devoir de protéger la confidentialité. N'oubliez pas que c'est une infraction criminelle de ne pas déclarer un cas de violence (sauf au Yukon).

- ***À titre de professionnel de la santé, puis-je faire une déclaration anonyme d'un cas de violence faite à un enfant?***

  Oui, vous pouvez faire une déclaration anonyme aux autorités de protection de l'enfance de votre province ou de votre territoire. La plupart des organisations et des professionnels préfèrent toutefois le faire en s'identifiant, après avoir au préalable informé leur client de leur démarche. À vous de choisir la manière qui vous convient.

- ***Dira-t-on à la famille quelle personne a signalé le cas de mauvais traitement?***

  Non. Lorsque vous déclarez un cas en déclinant votre nom et votre fonction, vous pouvez demander que cette information demeure strictement confidentielle et ne soit jamais transmise à la famille. Mais, encore une fois, de nombreux professionnels et organisations préfèrent aviser leur client de leur démarche, en toute honnêteté et en toute franchise.

- ***Devrai-je me présenter en cour après avoir fait une déclaration?***

  Même si vous avez donné votre nom dans une déclaration de violence, il est fort peu probable que vous soyez appelé à témoigner devant les tribunaux. Des médecins et autres professionnels de la santé sont parfois appelés à témoigner de la nature et de l'ampleur des blessures dues aux mauvais traitements; mais ils ne le font, en général, qu'à titre d'expert médical et non à titre d'auteur de la déclaration.

Pourquoi les professionnels ne déclarent-ils pas toujours les cas?

Selon une enquête menée auprès des omnipraticiens du Canada, 90 % des répondants estiment avoir un rôle essentiel ou important à jouer dans la protection de l'enfance. Pourtant, seulement la moitié d'entre eux ont reçu une formation quelconque sur la question complexe posée par la violence faite aux enfants[90]. Malgré les lois sur la déclaration obligatoire et l'importance de détecter rapidement les cas pour planifier l'intervention, les sondages révèlent qu'une importante proportion des cas de violence faite aux enfants ne sont pas déclarés[91].

Nous donnons ci-dessous quelques-unes des principales raisons invoquées par les professionnels pour ne pas déclarer un cas de violence. Nous accompagnons chaque énoncé d'un commentaire destiné à éclaircir la question.

- ***Le manque de preuves*** – Le professionnel de la santé n'a pas besoin d'être certain que l'enfant est victime de violence; un soupçon suffit. En remettant la déclaration à plus tard, on risque d'exposer l'enfant (ou d'autres enfants) à d'autres dangers. On risque aussi de faire l'objet de sanctions. Or, une déclaration ne peut prêter à poursuite à moins qu'elle n'ait été faite dans l'intention de nuire.
- ***L'idée selon laquelle on ferait plus de tort que de bien à l'enfant ou à la famille*** – Il peut, parfois, sembler préférable de ne pas faire de déclaration dans l'intérêt de l'enfant, mais ce n'est pas le cas. Bien sûr, cela perturbe la famille et bouleverse souvent l'enfant, mais il s'avère qu'une détection et une intervention rapides réduisent parfois considérablement le risque de graves séquelles à long terme chez l'enfant.
- ***L'idée selon laquelle on commettrait une intrusion dans la vie privée de la famille*** – Pendant des années ce même argument a servi de justification à l'absence d'intervention dans les cas de violence conjugale. S'il est indéniable que la responsabilité première de l'éducation des enfants relève de la famille, il n'empêche que les parents ont souvent besoin de l'aide de la communauté. La société a le devoir de s'assurer que les enfants sont bien éduqués et en bonne santé. Au nom de l'enfant, l'État se doit

d'intervenir pour aider les parents, en allant même jusqu'à retirer l'enfant de son milieu familial, temporairement dans certains cas, ou en permanence dans les cas les plus graves.

- ***La déclaration limiterait la latitude dont dispose le professionnel pour exercer son jugement en face d'un cas suspect de violence*** – Effectivement, les lois sur la déclaration obligatoire limitent le pouvoir discrétionnaire des professionnels. La plupart des professionnels de la santé ne sont toutefois pas aussi bien préparés que les travailleurs de l'aide sociale pour traiter les cas de violence. Il est donc dans le meilleur intérêt de l'enfant de collaborer avec les personnes qui ont reçu une formation spéciale pour traiter ces cas, et de faciliter la tenue des enquêtes et des interventions appropriées.
- ***La déclaration nuirait à la relation thérapeutique entre le professionnel et son patient ou sa patiente*** – Indépendamment des questions d'ordre juridique et moral que soulève l'omission de déclarer un cas de violence, la recherche a par ailleurs montré que la déclaration n'avait aucun effet négatif sur la relation. L'établissement d'une solide entente thérapeutique avant la déclaration semble même être un indicateur de résultats supérieurs après la déclaration[92]. Lorsque le lien unissant le professionnel et son patient était solide avant la déclaration, il le reste souvent après.

La douleur, la confusion et la souffrance vécues dans l'immédiat par un enfant maltraité constituent des raisons plus que suffisantes pour justifier la déclaration. Les conséquences possibles des mauvais traitements exigent la déclaration.

La décision de déclarer un cas de mauvais traitements, suspect ou confirmé, ne se prend pas à la légère. Elle provoque souvent de profonds changements dans la famille et dans la vie de l'enfant maltraité. Il a cependant été démontré que les enfants maltraités qui reconnaissent être victimes de violence arrivent, en général, à s'adapter et à mieux fonctionner que ceux qui ne le reconnaissent pas. Une étude a été réalisée sur trois groupes d'adultes :

le groupe A, constitué de personnes qui avaient fait l'objet de violence pendant leur enfance et qui le reconnaissaient;

le groupe B, constitué de personnes qui n'avaient pas fait l'objet de violence pendant leur enfance;

le groupe C, constitué de personnes qui avaient fait l'objet de violence pendant leur enfance, mais qui ne le reconnaissaient pas.

Une comparaison de ces trois groupes a révélé que les sujets du groupe B sont ceux qui fonctionnaient le mieux, suivis de ceux du groupe A; ceux du groupe C arrivaient en dernière position. Il semble donc que les personnes qui, pour composer avec leur situation, nient ou minimisent la violence qui leur est faite soient aux prises avec des problèmes personnels et des difficultés d'adaptation sociale encore plus prononcés[93].

Tendances et préjugés liés à la déclaration

Des recherches ont été faites sur certains des facteurs qui influent sur la décision de déclarer aux autorités un cas de violence faite à un enfant.

- ***On est moins porté à déclarer un cas de violence lorsqu'on estime que la situation est due en partie à la mauvaise conduite de l'enfant***[94]. Dans une étude, on a présenté à divers sujets deux courtes scènes qu'on leur a demandé de coter selon la gravité de chaque incident illustré. Dans la première scène, un jeune garçon est battu parce qu'il a laissé sa bicyclette dans l'entrée du garage. Le parent passe sur la bicyclette avec sa voiture, puis frappe l'enfant au visage. L'enfant tombe et se blesse à la lèvre. Dans la seconde scène, une poubelle ayant été laissée dans l'entrée par un inconnu, le parent réagit de la même façon. Invariablement, les sujets attribuent à la seconde scène une cote beaucoup plus élevée qu'à la première. Pourtant, quelle que soit la façon dont on l'explique, jamais la violence physique n'est justifiée. Ce genre de préjugé ne devrait pas influer sur la décision que prend le professionnel de déclarer ou non un cas de violence.
- ***La déclaration varie selon l'âge et le sexe de l'agresseur et de la victime.*** Une recherche a fait ressortir que les cas de violence physique et de négligence mettant en cause des enfants et des parents jeunes sont plus nombreux à être signalés dans les hôpitaux que ceux qui concernent des enfants plus âgés[95]. Soumis à d'autres courtes scènes, les sujets ont coté plus sévèrement celles qui illustraient une agression perpétrée contre un jeune garçon que celles dépeignant des situations identiques, mais où la victime était une jeune fille[96]. Dans la même étude, les scènes montrant des actes de violence physique perpétrés par le père ont été cotées comme beaucoup plus graves que celles illustrant des gestes semblables posés par la mère.
- ***La déclaration varierait selon l'origine ethnique et la situation socio-économique.*** L'examen des déclarations faites à l'hôpital révèle que les cas de violence ont plus de chances d'être déclarés lorsqu'ils surviennent dans des familles de Canadiens d'adoption que dans des familles de Canadiens de naissance ou ayant des revenus supérieurs à 25 000 $[97].

Certaines caractéristiques propres au professionnel peuvent aussi avoir une incidence sur son attitude à l'égard de la déclaration, notamment les suivantes :

- son sexe
- son opinion sur la discipline à exercer avec les enfants
- le fait qu'il soit parent ou non
- ses antécédents personnels de violence
- son lieu de travail[98].

Pour abattre ces préjugés, les professionnels de la santé doivent s'efforcer de reconnaître leurs propres préjugés. À cette fin, il est parfois éclairant d'imaginer la situation sous un angle différent, par exemple en changeant l'âge, le sexe, ou la situation socio-économique de la victime.

Peu importe le contexte dans lequel évolue l'enfant ou le comportement de ce dernier, on ne peut jamais justifier les mauvais traitements à son égard.

Quelques indices courants de violence

Voici quelques indices qui peuvent souvent aider le professionnel de la santé à déceler un cas de violence faite à un enfant :

- le parent ou le pourvoyeur de soins attribue la blessure ou l'accident à un frère ou à une soeur de l'enfant
- le parent a tardé à faire soigner l'enfant
- les explications données pour les blessures ne concordent pas avec les capacités correspondant au stade de développement de l'enfant
- les blessures sont manifestement plus anciennes que ce que l'on prétend
- aucune explication n'est donnée pour la blessure
- la gravité de la blessure et l'explication donnée ne concordent pas
- les blessures à des parties inhabituelles du corps de l'enfant
- présence d'un érythème fessier sévère ou de plaies anciennes
- présence d'une plaque alopécique à l'arrière de la tête de l'enfant.

Conclusion

Si la recherche a clairement établi le rapport entre les mauvais traitements et une multitude d'effets préjudiciables pour l'enfant, des recherches longitudinales restent à faire pour vraiment comprendre le phénomène. Nous manquons, en effet, nettement de données qui nous permettraient de suivre le développement des enfants maltraités depuis la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. Ne serait-ce qu'à cause de son impact immédiat sur les jeunes victimes, il est essentiel de reconnaître que la violence faite aux enfants constitue un problème social d'une extrême gravité. Les recherches longitudinales apporteront des éléments de réponse importants, qui faciliteront l'identification et le traitement des victimes.

Les personnes qui ont été maltraitées dans l'enfance réussissent, en général, beaucoup moins bien dans la vie que les autres. C'est aussi simple que cela. Les mauvais traitements infligés à ces enfants réduisent énormément leurs chances de devenir des êtres en santé, compétents, heureux et épanouis. Pour se développer normalement, l'enfant doit acquérir une foule de compétences et d'aptitudes, notamment :

- la capacité de faire confiance et de témoigner de l'empathie à autrui
- la capacité de maîtriser ses pulsions
- la capacité de se concentrer
- un sens des valeurs bien assimilé
- la capacité de maîtriser son agressivité
- la capacité d'accepter l'autorité raisonnable d'un adulte
- le sens d'appartenance à la société et l'identification à son système de valeurs
- l'espoir et la confiance en l'avenir[99].

La violence faite aux enfants perturbe gravement l'acquisition de ces capacités et la rend parfois impossible. En détectant et en déclarant le plus tôt possible les cas de violence faite aux enfants, on donne aux victimes d'agression ou de négligence une chance de surmonter nombre de ses séquelles fâcheuses. Cela demande un effort de la part de la collectivité; et, de la part des professionnels de la santé, un engagement ferme à contribuer au renforcement des familles canadiennes et à favoriser le développement optimal de l'enfant.

Parce qu'ils font partie des intervenants de première ligne contre la violence faite aux enfants, les professionnels de la santé sont des partenaires essentiels dans la lutte visant à assurer un meilleur avenir aux enfants.

Notes

1. Fedorowycz (1997).
2. Statistique Canada, CANSIM, Matrix 6367.
3. Newson et Newson (1990); Straus (1991); Simons, Johnson et Conger (1995).
4. Durrant et Rose-Krasnor (1995).
5. Gauthier, Stollak, Messé et Aronoff (1996).
6. Trocmé, McPhee, Tamm et Hay (1994); Warner et Hansen (1994); Gracia (1995); Begin (1996).
7. Webber (1993).
8. Conseil national de prévention du crime (1997).
9. Manitoba Family Services (1993).
10. Manitoba Family Services (1993).
11. Biesenthal et Clement (1992).
12. Badgley (1984).
13. Yawney (1996).
14. Conseil national de prévention du crime (1997).
15. Janus, McCormack, Wolbert Burgess et Hartman (1987).
16. Trocmé, McPhee, Tamm et Hay (1994).
17. Armitage (1993); Pelton (1994); Fergusson et Lynskey (1997).
18. Hampton et Newberger (1985).
19. Howing, Wodarski, Kurtz, et Gaudin (1993); Meston (1993); Standing Committee on Social Development (1994); Manion et Wilson (1995); Fergusson et Lynskey (1997).
20. Oates (1996).
21. Oates (1996).
22. Loos et Alexander (1997).
23. Oates (1996).
24. Gilmartin (1994).
25. Oates (1996).
26. Gilmartin (1994).
27. Mian, Marton et LeBaron (1996).
28. Varia, Abidin et Dass (1996).
29. Fergusson et Lynskey (1997).
30. Gilmartin (1994).
31. Oates (1996).
32. Gilmartin (1994).
33. Varia, Abidin et Dass (1996).
34. Yawney (1996).
35. Dutton et Hart (1992); Silverman, Reinherz et Giaconia (1996).

36. Briere (1989); Stone (1990); Rivera (1991).
37. Yawney (1996).
38. Meston (1993).
39. Gilmartin (1994).
40. Gilmartin (1994).
41. Gilmartin (1994).
42. Yawney (1996).
43. Yawney (1996).
44. Oates (1996).
45. Feldman, Salzinger, Rosario, Alvarado, Caraballo et Hammer (1995).
46. de Paúl et Arruabarrena (1995).
47. Smith (1996).
48. Oates (1996).
49. Kurtz, Gaudin, Wodarski et Howing (1993); Manion et Wilson (1995).
50. Manion et Wilson (1995).
51. Malinosky-Rummell et Hansen (1993); Chandy, Blum et Resnick (1996).
52. Chandy, Blum et Resnick (1996).
53. Fergusson et Lynskey (1997).
54. Loos et Alexander (1997).
55. Gilmartin (1994).
56. Oates (1996); Fergusson et Lynskey (1997).
57. Downs, Smyth et Miller (1996).
58. Steinhauer (1996).
59. Kurtz, Gaudin, Wodarski et Howing (1993); Oates (1996).
60. Kendall-Tacket et Eckenrode (1996).
61. Kurtz, Gaudin, Wodarski et Howing (1993).
62. Malinosky-Rummell et Hansen (1993).
63. Friedrich et Luecke (1988).
64. Mian, Marton et LeBaron (1996).
65. Oates (1996).
66. Gilmartin (1993).
67. Gilmartin (1993).
68. Gilmartin (1993).
69. Feldman, Salinger, Rosario, Alvarado, Caraballo et Hammer (1995).
70. Cicchetti et Toth (1995).
71. Oates (1996).
72. Varia, Abidin et Dass (1996).
73. Gilmartin (1993); Varia, Abidin et Dass (1996); Loos et Alexander (1997).
74. Gilmartin (1993); Singer (1989).
75. Varia, Abidin et Dass (1996); Loos et Alexander (1997).
76. Gilmartin (1993).
77. Gilmartin (1993).
78. Oates (1996).
79. Varia, Abidin et Dass (1996).

80. Gilmartin (1993).
81. Miller (1984); Steele (1987); Shengold (1989).
82. Oliver (1993).
83. Oliver (1993).
84. Fergusson et Lynskey (1997).
85. Malinosky-Rummell et Hansen (1993); Downs, Smyth et Miller (1996).
86. Gilmartin (1993).
87. Gracia (1995).
88. Howing, Wodarski, Kurtz et Gaudin (1993); Fergusson et Lynskey (1997).
89. Middleton-Moz (1992); Wolin et Wolin (1993); Sundelin Wahlsten (1994).
90. Hendry (1997).
91. Warner et Hansen (1994); Beck et Olgoff (1995); Kennel et Agresti (1995).
92. Steinberg, Levine et Doueck (1997).
93. Varia, Abidin et Dass (1996).
94. Dukes et Kean (1989).
95. Hampton et Newberger (1985).
96. Howe, Herzberger et Tennen (1988).
97. Hampton et Newberger (1985).
98. Warner et Hansen (1994).
99. Steinhauer (1996).

Bibliographie

American Psychological Association. Twenty-four questions (and answers) about professional practice in the area of child abuse. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 1995, 377-385.

Armitage, A. The policy and legislative context. In Wharf, B. (Ed.), *Rethinking Child Welfare, Toronto, McClelland and Stewart, Inc., 1993.*

Badgley, R. *Infractions sexuelles à l'égard des enfants,* Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1984.

Bass, E., et L. Davis. *The courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse.* New York, Harper, 1988.

Beck, K.A., et J.R.P. Olgoff. Child abuse reporting in British Columbia: Psychologists' knowledge of and compliance with the reporting law. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 1995, 245-251.

Bégin, P. *L'enfance maltraitée.* Ottawa: Division des affaires politiques et sociales, Service de recherche, Bibliothèque du Parlement, 1996.

Biesenthal, L., et J. Clement. *Canadian statistics on child sexual abuse.* Ottawa: Research and Statistics Directorate, Corporate Management, Policy and Programs Sector, Department of Justice, 1992.

Briere, J. *Therapy for adults molested as children: Beyond survival.* New York, Springer. 1989.

Brodeur, A.E., et J.A. Monteleone. *Child maltreatment: A clinical guide and reference.* St. Louis, GW Medical Publishing Inc., 1994.

Browne, A., et D. Finkelhor. Impact of child sexual abuse: A review of the research, Ottawa: Minister of Supply and Services. (Réimprimé de *Psychological Bulletin, 99,* 66-77), 1986.

Cicchetti, D., et S.L. Toth. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1995, 541-565.

Chandy, J.M., R.Wm. Blum, et M.D. Resnick. Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect, 20,* 1996,1219-1231.

Comité permanent des affaires sociales. *Les enfants à risque,* Toronto, Assemblée législative de l'Ontario, 1994.

Conseil national de prévention du crime. *Ce que les jeunes disent : rapport de l'initiative consultations de la jeunesse,* 1997, Ottawa, auteur.

Crittenden, P. Family and dyadic patterns of functioning in maltreating families. Dans Browne, K., C. Davis, P. Stratton (Eds.), *Early prediction and prevention of child abuse,* New York, John Wiley and Sons, 1988.

de Paúl, J., et M.I. Arruabarrena. Behaviour problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect, 19,* 1995, 409-418.

Dinsmore, C. *From surviving to thriving: Incest, feminism, and recovery.* New York, State University of New York, 1991.

Downs, W.R., N.J. Smyth, et B.A. Miller. The relationship between childhood violence and alcohol problems among men who batter: An empirical review and synthesis. *Aggression and Violent Behaviour, 1,* 1996, 327-344.

Dukes, R.L., et R.B. Kean. An experimental study of gender and situation in the perception and reporting of child abuse. *Child Abuse & Neglect, 13,* 1989, 351-360.

Durrant, J.E., et L. Rose-Krasnor. *Spanking: Should I or Shouldn't I.* Winnipeg: Department of Family Studies, University of Manitoba, 1995.

Dutton, D.G., et S.D. Hart. Evidence of long-term, specific effects of childhood abuse on criminal behaviour in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 36,* 1992, 129-137.

Feldman, R.S., S. Salzinger, M. Rosario, L. Alvarado, L. Caraballo, et M. Hammer. Parent, teacher, and peer ratings of physically abused and nonmaltreated children's behaviour. *Journal of Abnormal Psychology, 23,* 1995, 317-334.

Fergusson, D.M., et M.T. Lynskey. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse & Neglect, 21,* 1987, 617-630.

Friedrich, W.N., et W.J. Luecke. Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology: Research and Practice, 19,* 1988, 155-164.

Garbino, J., E. Guttman, et J.W. Seeley, *The psychologically battered child,* 1986, California: Jossey-Bass.

Gauthier, L., G. Stollak, L. Messé, et J. Aronoff. Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse & Neglect, 20,* 1996, 549-559.

Gilmartin, P. *Rape, incest, and child sexual abuse: Consequences and recovery,* 1994, New York: Garland Publishing Inc.

Gove, T.J. *Report of the Gove Inquiry into Child Protection in British Columbia,* 1995, British Columbia: Gove Inquiry into Child Protection.

Gracia, E. Visible but unreported: A case for the "not serious enough" cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 19,* 1995, 1083-1093.

Groupe de travail fédéral-provincial sur l'information sur les services à l'enfance et à la famille. *Bien-être de l'enfance au Canada : Le rôle des autorités provinciales et territoriales en matière d'enfance maltraitée,* 1994, Ottawa, Approvisionnements Services Canada.

Hampton, R.L., et E. Newberger. Child abuse incidence and reporting by hospitals: Significance of severity, class and race. *American Journal of Public Health, 75,* 1985, 56-68.

Hendry, E. Engaging general practitioners in child protection training. *Child Abuse Review, 6,* 1997, 60-64.

Howe, A.C., S. Herzberger, et H. Tennen. The influence of personal history of abuse and gender on clinician's judgements of child abuse. *Journal of Family Violence, 3,* 1988, 105-119.

Howing, P.T., J.S. Wodarski, P.D. Kurtz, et J.-M. Gaudin, Jr. *Maltreatment and the school-aged child: Developmental outcomes and system issues,* 1993, New York: The Haworth Press.

Janus, M.D., A. McCormack, A. Wolbert Burgess, et C. Hartman. *Adolescent runaways: Causes and consequences,* 1987, Toronto: D.C. Heath and Co.

Kendall-Tacket, K.A., et J. Eckenrode. The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse & Neglect, 20,* 1996, 161-169.

Kennel, R.G., et A.A. Agresti. Effects of gender and age on psychologists' reporting of child sexual abuse. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 1995, 612-615.

Kurtz, P.D., J.-M. Gaudin, Jr., J.S. Wodarski, et P.T. Howing. Maltreatment and the school-aged child: School performance consequences. *Child Abuse & Neglect, 17,* 1993, 581-589.

Loos, M.E., et P.C. Alexander. Differential effects associated with self-reported histories of abuse and neglect in a college sample. *Journal of Interpersonal Violence, 12,* 1997, 340-360.

Ludwig, S., et A.E. Kornberg. *Child abuse: A medical reference,* 1992, New York, Churchill Livingstone.

Malinosky-Rummell, R., et D.J. Hansen. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin, 114,* 1993, 68-79.

Manion, I. G., et S.K. Wilson. *Examen de la relation entre les antécédents de mauvais traitements et les comportements à risque chez les adolescents,* 1995, Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

Meston, J. *Programmes de prévention de l'enfance maltraitée et négligée,* 1993, Ottawa, Institut Vanier de la famille.

Mian, M., P. Marton, et D. LeBaron. The effects of sexual abuse on 3-to 5-year-old girls. *Child Abuse & Neglect, 20,* 1996, 731-745.

Middleton-Moz, J. *Will to survive: Affirming the positive power of the human spirit,* 1992, Floride, Health Communications, Inc.

Miller, A. *L'enfant sous terreur : l'ignorance de l'adulte et son prix,* 1986, Paris, Aubier.

Ministère du Multiculturalisme et de la Citoyenneté, Direction des droits de la personne. *Convention relative aux droits de l'enfant,* Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1991.

Newson, J. et E. Newson. *The extent of physical punishment in the U.K.* London: Approach, 1990.

Oates, R.K. *The spectrum of child abuse: Assessment, treatment, and prevention,* 1996, New York: Brunner/Mazel, Inc.

Oliver, J.E. Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1993, 1315-1325.

Pelton, L.H. Is poverty a key contributor to child maltreatment: Yes. Dans Gambril, E., et E. Stein (Eds.), *Controversial Issues in Child Welfare,* 1994, Massachusetts, Allyn et Bacon.

Reese, R.M. *Child abuse: Medical diagnosis and management,* 1994, Pennsylvania, Lea et Febiger.

Rivera, M. *Multiple Personality: An outcome of child abuse,* 1991, Toronto, Education/Dissociation.

Santé Canada, par Mathews, F. *Le garçon invisible : nouveau regard sur la victimologie au masculin : enfants et adolescents,* 1996, Ottawa, Centre national d'information sur la violence dans la famille.

Services à la famille Manitoba. *Protection des enfants et enfants maltraités : protocole à l'intention des travailleurs des services à l'enfance,* 1993, Winnipeg, auteur.

Shengold, L. *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation,* 1989, New Haven, Yale University.

Silverman, A.B., H.Z. Reinherz, et R.M. Giaconia. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect, 20,* 1996, 709-723.

Simons, R.L., C. Johnson, et R.D. Conger. Harsh corporal punishment versus quality of parental involvement as an explanation of adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and the Family, 56,* 1995, 591-607.

Singer, K.I. Group work with men who experienced incest in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry, 59,* 1989, 468-472.

Smith, C. The link between childhood maltreatment and teenage pregnancy. *Social Work Research, 20,* 1996, 131-141.

Statistique Canada, par Fedorowycz, O. Homicide au Canada – 1996. *Juristat, 17,* Centre canadien des statistiques juridiques, 1997.

Steele, K. Sitting with shattered soul. *Pilgrimage: Journal of Exploration et Psychotherapy, 15,* 1987, 19-25.

Steinberg, K.L., M. Levine, et H.J. Doueck. Effects of legally mandated child-abuse reports on the therapeutic relationship: A survey of psychotherapists. *American Journal of Orthopsychiatry, 67,* 1997, 112-122.

Steinhauer, P.D. *The primary needs of children: A blueprint for effective health promotion at the community level,* 1996, Ottawa, Caledon Institute of Social Policy.

Stone, M.H. Incest in the borderline patient. Dans Kluft, R.P. (Ed.), *Incest-related syndrome in adult psychopathology,* 1990, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Strauss, M.A. Discipline and deviance: Physical punishment of children and violence and other crime in adulthood. *Social Problems, 38,* 1991, 133-154.

Sundelin Wahlsten, V. Development and survival: A study of children at risk living in adverse psychological milieu. *Child Abuse & Neglect, 18,* 1994, 715-723.

Trocmé, N., D. McPhee, K.K. Tam, et T. Hay. *Ontario incidence study of reported Child Abuse & neglect,* 1994, Toronto, The Institute for the Prevention of Child Abuse.

Varia, R., R.R. Abidin, et P. Dass. Perceptions of abuse: Effects on adult psychological and social adjustment. *Child Abuse & Neglect, 20,* 1996, 511-526.

Warner, J.E., et D.J. Hansen. The identification and reporting of physical abuse by physicians: A review and implications for research. *Child Abuse & Neglect, 18,* 1994, 11-25.

Webber, M. *Street kids: The tragedy of Canada's runaways,* 1991, Toronto, University of Toronto Press.

Wolin, S., et S. Wolin. *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity,* 1993, New York, Villiard Books (Random House).

Yawney, D. Resiliency: A strategy for survival of childhood trauma. Dans Russell, M., J. Hightower, G. Gutman (Eds.), *Stopping the violence: Changing families, changing futures,* 1996, Canada: Benwell Atkins Limited.

Annexe A : Ressources supplémentaires

Organismes

Association canadienne des familles d'accueil

Institut canadien de la santé infantile

Ligue canadienne pour la protection de l'enfance

Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée

Institut Vanier de la famille

Ressources – Protection de l'enfance

Terre-Neuve
Department of Social Services

Île-du Prince-Édouard
Department of Health and Social Services

Nouvelle-Écosse
Department of Community Services

Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé et des Services communautaires

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ontario
Ministry of Community and Social Services

Manitoba
Department of Family Services

Saskatchewan
Department of Social Services

Alberta
Department of Family and Social Services

Colombie-Britannique
Ministry of Social Services

Yukon
Department of Health and Social Services

Territoires du Nord-Ouest
Department of Social Services

Ouvrages de référence médicaux

Child maltreatment: A clinical guide and reference.
Brodeur et Monteleone. (1994)

Child abuse: A medical reference.
Ludwig et Kornberg. (1992)

Child abuse: Medical diagnosis and management.
R.M. Reese. (1994)

Autres brochures offertes par le Centre national d'information sur la violence dans la famille

Lignes directrices sur la violence familiale à l'intention des infirmières, Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1992)
Violence à l'égard des enfants : Sensibilisation du personnel en milieu de travail, F. MacLeod. (1995)
Les questions relatives à la violence : Un guide de formation interdisciplinaire à l'intention des professionnelles et professionels de la santé, L.A. Hoff. (1994)
Guide sur la violence familiale à l'intention des spécialistes de la dentisterie, Denham et Gillepsie. (1994)

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec le Centre national d'information sur la violence dans la famille (voir les coordonnés au dos de la couverture).